FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1931 No 26

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

NERSON HENRI
né à STRASBOURG, le 2 novembre 1902
Interne des Hôpitaux de Strasbourg

LES CAS DE PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL

observés à la Clinique d'Accouchement de Strasbourg pendant les dernières dix années
(1921—1930)

Président: M. REEB, Professeur

1931
IMPRIMERIE FRANÇAISE
STRASBOURG
5, place du Corbeau

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1931 No 26

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

NERSON HENRI
né à STRASBOURG, le 2 novembre 1902
Interne des Hôpitaux de Strasbourg

LES CAS DE PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL

observés à la Clinique d'Accouchement de Strasbourg pendant les dernières dix années
(1921—1930)

Président: M. REEB, Professeur

1931
IMPRIMERIE FRANÇAISE
STRASBOURG
5, place du Corbeau

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. MERKLEN ✻ I.
Assesseur	NICLOUX ✻ I.

Professeurs :

Embryologie	MM. ANCEL ✻ I.
Anatomie	FORSTER ✻ I.
Histologie	BOUIN O. ✻ I.
Physiologie	SCHAEFFER I.
Physique biologique	VLES ✻ I.
Chimie biologique	NICLOUX ✻ I.
Anatomie pathologique	MASSON ✻ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale	N . . . . .
Hygiène, Bactériologie	BORREL C. ✻ A.
Médecine légale	CHAVIGNY C. ✻ I.
Clinique médicale	MERKLEN ✻ I. AMBARD ✻ I.
Clinique chirurgicale	LERICHE O. ✻ I. STOLZ ✻ I.
Clinique ophtalmologique	WEILL I.
Clinique dermatologique	PAUTRIER O. ✻ I.
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF ✻ I.
Clinique neurologique	BARRE ✻ I.
Clinique gynécologique et accouchements	REEB I.
Clinique infantile	ROHMER ✻ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique .	CANUYT A.

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max I.
BELLOCQ I.
SCHWARTZ I.
MM. FONTES A.
GERY I.

Chargés de cours et Agrégés :

MM. BENOIT
BLUM (Paul) O. ✻ I.
GELMA I.
GUNSETT ✻ I.
HANNS ✻ A.
HUMBERT ✻ A.
KAYSER
KELLER I.
MM. KREISS
LAROUSSE A.
REISS
SIMON ✻ A.
SIMONIN ✻ A.
VAUCHER A.
WEISS A.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Chargés de cours complémentaire :

MM. A. BOECKEL ✻ A. MEYER M. A. ROEDERER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

A la Mémoire de mon Père

A ma Mère

A mon Maître
Monsieur le Professeur

STOLZ

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

à qui nous devons notre formation chirurgicale. Pendant les quatre années que nous avons passé à son Service il nous a fait bénéficier dans la plus large mesure de sa grande expérience et de son remarquable sens clinique. Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur

REEB

Professeur de Clinique
Gynécologique et Obstétricale

qui a toujours été pour nous un Maître plein de bienveillance.

En acceptant la Présidence de cette Thèse il nous fait un grand honneur dont nous le remercions très respectueusement.

INTRODUCTION.

La Natalité connaît à l'époque actuelle dans tous les pays une crise grave. Les pratiques néo-malthusiennes sont de plus en plus employés dans toutes les classes de la Société et souvent, quand elles n'ont pas donné le résultat espéré, des manoeuvres criminelles viennent interrompre une grossesse jugée indésirable. Il est évident que l'on ne peut connaître le chiffre exact des existences ainsi sacrifiées, mais tous les médecins et tous les économistes qui se sont penchés sur ce problème angoissant sont unanimes pour juger qu'il doit être très, très élevé.

Dans ces conditions la vie de tous les enfants arrivant à terme devient particulièrement précieuse et tout devra être mis en oeuvre pour la sauvegarder. Malheureusement la mortalité infantile «sub partu» est encore bien trop élevée. Dans une statistique récente Max Hirsch évalue à 90.000 le nombre des enfants qui meurent annuellement en Allemagne pendant ou à la suite de l'accouchement. Lutter contre ce chiffre énorme par tous les moyens dont il dispose, voilà pour l'accoucheur une tâche digne des plus grands efforts.

Parmi les complications obstétricales mettant le plus en danger la vie de l'enfant la procidence du cordon tient un rôle de tout premier plan. D'après les auteurs la mortalité foetale en présence de cet accident oscille entre 40 et 60 % des cas, et ce résultat doit être considéré comme d'autant plus mauvais qu'il s'agit en général d'enfants bien constitués et parfaitement viables.

En présence de ce fait il nous a paru intéressant de réunir les cas de procidence du cordon, observés à la clinique d'accouchements de Strasbourg pendant les dernières dix années. — Nous avons pensé qu'en étudiant nos observations et en recherchant les causes de nos échecs, nous pourrons mieux apprécier l'éfficacité de nos différentes méthodes de traitement et les résultats que nous sommes en droit d'attendre de chacune d'entre elles. De cet examen critique se dégageront alors, du moins nous l'espérons, des indications précises pour la conduite à tenir à l'avenir et qui nous permettront d'aboutir à une amélioration sensible de notre statistique de mortalité infantile. —

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION No 1.

Mme B.-Josépine 1921/8. Femme de 40 ans, 6e pare. La première grossesse s'est terminée par un avortement du 3e mois, les quatre suivantes se sont terminées par des accouchements normaux à terme.

Pendant la grossesse actuelle la femme a toujours été bien portante. Les douleurs débutent le 1er janvier à 18 heures mais la femme ne vient au Service que le 2 janvier à 18 heures. A ce moment le col est effacé, perméable pour deux doigts. La tête est amorcée au Détroit Supérieur, la poche est intacte. — Le promontoire n'est pas accessible, le bassin mesure 24, 27, 30, 20 *)

Rupture spontanée de la poche des eaux à 20 h. 45.

A 22 heures on fait un nouvel examen et l'on constate immédiatement une anse du cordon qui bat régulièrement; la tête est au Détroit Moyen, la dilation est pratiquement complète. On n'arrive pas à refouler la tête. On applique donc immédiatement un forceps et l'on parvient à extraire assez facilement l'enfant, qui est en asphyxie blanche et ne revient à lui qu'au bout d'un quart d'heure de respiration artificielle. L'enfant mesure 52 cm et pèse 3600 gr.

Délivrance normale, longueur du cordon 75 cm.

Suites de couches: bonnes.

OBSERVATION No. 2.

Mme G.-K. 1921/22. Femme de 39 ans, 7e pare. Les 6 grossesses précédentes se sont toutes terminées par des accouchements normaux à terme.

La grossesse actuelle a été bien supportée, mais 8 jours avant le début de l'accouchement la femme commence à avoir des hémorragies irrégulières, aussi vient-elle se faire admettre au Service, où elle arrive le 30 décembre 1920 à 11 heures. On trouve un col de 1½ cm perméable au doigt. La poche est intacte et on ne sent pas de tissu placentaire. La tête est mobile, au-dessus du Détroit Supérieur. Le promontoire n'est pas accessible, les mesures du bassin sont 25, 28, 32, 20,5. — La femme ne saigne pas et elle est admise à la salle des Expectantes. —

Le 7 janvier 1921 à 1 heure, la poche des eaux se rompt. En même temps se produit une hémorragie d'intensité moyenne. A l'examen interne on trouve le col effacé, une dilatation de 2 francs. A la partie antérieure de la dilatation, on sent des masses placentaires. La tête est mobile au-dessus du Détroit Supérieur. On place un ballon. L'hémorragie cesse et les douleurs commencent à s'installer. Les bruits du cœur foetal sont bien

*) *Les diamètres pelviens indiqués dans toutes les observations sont dans l'ordre :*
1o Le diamètre bi-épineux
2o Le „ bi-crête
3o Le „ bi-trochantérien
4o Le „ conjugué externe.

perceptibles. Vers 10 h. 15 le ballon est expulsé. L'examen montre un col effacé, dilaté à petite paume de main. La tête est toujours mobile. Comme les douleurs restent faibles on donne vers 11 h. 45 une piqûre d'hypophysine qui provoque de bonnes contractions. A midi 30 la femme commence à pousser.

Vers 13 h. la tête est entrée dans le bassin; les bruits du cœur foetal ne sont subitement plus perceptibles. Au toucher on trouve la tête au Détroit Moyen; devant elle une anse du cordon sans pulsations. Manœuvre de Kristeller, dégagement rapide de la tête. Enfant mort-né (50 cm. 3750 gr.) qu'on n'arrive pas à ranimer.

Délivrance normale, cordon de 65 cm à insertion marginale, sur la bord inférieur du placenta. Il existait une circulaire. — Suites de couches: normales.

OBSERVATION No 3.

Mme M. Marie, 1921/242. Femme de 32 ans, 1e pare. Antécédents personnels sans particularités. La grossesse actuelle a été très bien supportée.

Les douleurs débutent le 2 mars 1921 à 1 h. du matin, et la femme vient aussitôt au Service. A l'examen d'entrée un trouve le col effacé et une dilatation de 1 franc. La tête est mobile au Détroit Supérieur. La poche des eaux est intacte. Le promontoire est juste accessible, le bassin mesure 22, 24, 29, 19. Les bruits du cœur sont bons.

A 2 h. la proche des eaux se rompt spontanément. On examine: la tête est toujours mobile; on ne constate pas de procidence.

Vers 5 h. 30 les bruits du cœur deviennent sourds et irréguliers. Au toucher on constate la procidence de tout un paquet du cordon, entre tête et col, et d'une anse assez profonde dans le vagin. Le col est effacé, la dilatation de près de 5 francs, la tête toujours mobile.

En légère narcose, et après avoir mis la femme en position de Trendelenburg, on essaie de refouler le cordon; mais pendant ce temps ses battements cessent complètement et l'on ne perçoit plus les bruits du cœur. Vu la mort de l'enfant, on n'insiste pas, et l'on décide de laisser évoluer spontanément l'accouchement. Vers 8 h. la tête commence à s'engager. A 11 h. on trouve une dilatation paume de main et la tête fixée au Détroit Supérieur. Vers 13 h. la femme commence à pousser; mais ses douleurs sont de très courte durée et de faible intensité. La tête ne progresse guère. Comme à 17 h. on trouve une température de 38°, et qu'on doute de la possibilité d'une terminaison spontanée prochaine, on fait la perforation de l'enfant mort.

Délivrance normale, longueur du cordon 65 cm. à insertion marginale. L'enfant mesure 56 cm. et pèse 3400 gr. Les suites de couches sont simples.

OBSERVATION No 4.

Mme W.-R. Marie, 1921/281. Femme de 32 ans, 2e pare. Le premier accouchement était à terme. Présentation du siège, enfant vivant.

La grossesse actuelle a été bien supportée.

Les douleurs ont débuté le 12 mars 1921 a midi. A 15 h. la poche des eaux se rompt spontanément et la femme vient aussitôt au Service. A

l'examen on constate qu'une grande anse du cordon battant très lentement et faiblement se trouve dans le vagin. Le col est effacé, la dilatation de 5 francs. La tête est amorcée au Détroit Supérieur. Le bassin mesure 25, 28, 32, 20. — Le promontoire n'est pas accessible.

On met la femme en position déclive, on refoule facilement la tête, et l'on essaye de refouler le cordon sans aucun succès. Des tentatives de mettre l'enfant en position transverse, en attendant une dilatation plus avancée, échouent également.

Entretemps la dilatation est arrivée à petite paume et semble facile à parfaire à la main. Pour cette raison on décide de faire la version avec extraction immédiate. On saisit le pied gauche, on l'attire et on extrait immédiatement le siège et le tronc. Abaissement des bras, Mauriceau facile. — Pendant l'intervention le cordon a cessé de battre. L'enfant (53 cm. 3650 gr) naît en asphyxie blanche et l'on n'arrive pas à le ranimer.

Délivrance normale, cordon 62 cm. à insertion marginale. Suites de couches: normales.

OBSERVATION No 5.

Mme C. — Augustine, 1921/570. Femme de 24 ans, 2e pare. La première grossesse s'est terminée par un avortement du 3e mois. La grossesse actuelle a été bien supportée. Les douleurs débutent le 24 mai 1921 à 18 h., quatre semaines avant terme environ. — La femme arrive au service le 25 mai à 1 h. On trouve le col effacé, dilaté à 5 francs; la tête est fixée au Détroit Moyen; la poche des eaux est intacte. Le promontoire n'est pas accessible, le bassin mesure 23, 26, 29, 19. On pense à la possibilité d'une grossesse gémellaire, sans pouvoir arriver à poser un diagnostic certain.

A 4 h. 20 la dilatation est complète, on rompt la poche des eaux et à 4 h. 50 la tête est expulsée en O. P. L'utérus reste gros et on constate facilement la présence d'un second enfant en position longitudinale.

A 5 h. 10 la femme recommence à pousser; la poche des eaux se rompt et l'on constate une tête au Détroit Moyen avec procidence du bras droit et du cordon. Manœuvre de Kristeller, l'enfant vient rapidement en légère asphyxie, il se ranime facilement. Le placenta vient en même temps.

Il s'agit d'une grossesse mono-vitelline, bi-amniotique. Les deux enfants mesurent 44 et 43 cm. et pèsent 2200 et 2000 gr. Ce sont des prématurés de la fin du neuvième mois. — Les cordons mesurent: le premier 36, le deuxième 38 cm. Les suites de couches sont tout à fait normales.

OBSERVATION No 6.

Mme H. Marguerite, 1921/855. Femme de 23 ans, 1e pare. — A eu le rachitisme comme enfant. N'a marché qu'à trois ans. La grossesse a été bien supportée. Les douleurs commencent le 6 août à 22 h. La femme entre à la clinique le 7 août à 1 h. On trouve le col effacé, à dilatation complète. La tête ballote dans la fosse illiaque gauche. La poche des eaux, intacte, bombe fortement. Le promontoire est accessible, le bassin mesure 24, 25,5, 29, 18,5. Le diamètre conjugué vrai est de 7,5 cm. Pendant que la femme se met au lit, la poche se rompt spontanément. On refait un examen et

l'on constate la procidence de plusieurs anses du cordon. La tête reste déviée; le cordon bat bien, les bruits du cœur sont bons et réguliers. On décide de faire la version.

Anesthésie générale à l'éther. Version facile. Extraction du siège et du tronc; on est forcé de dégager les bras. Pour extraire la tête on met la femme en position de Walcher et on cherche la tête d'après la méthode de Ribemont-Dessaignes. L'enfant vient en asphyxie bleue et n'est ranimé qu'après une heure d'efforts. Il porte une blessure à la base de la langue, saignant assez fortement. On est obligé de placer quelques points de suture. L'enfant mesure 54 cm. et pèse 3750 gr. Délivrance normale, cordon de 85 cm. à insertion centrale.

Le soir, à 17 h. l'enfant meurt subitement; l'autopsie révèle une hémorragie intracrânienne de l'étage postérieur. Gros hématome entre les deux feuillets du mésocolon gauche. Les suites de couches sont marquées par une légère endométrite.

OBSERVATION No 7.

Mme Sch. Sophie, 1921/985. Femme de 33 ans, 6e pare. Les cinq grossesses antérieures se sont toutes terminées par des accouchements normaux à terme. La grossesse actuelle s'est passée sans incident.

Les douleurs débutent le 10 septembre 1921 à 8 h. La femme vient à la clinique à 14 h. Pendant qu'elle se trouve à la salle d'attente la poche des eaux se rompt et immédiatement une anse du cordon fait procidence hors de la vulve. On examine: le cordon bat encore, le col est effacé, la dilatation est petite paume. La tête est mobile sur le Détroit Supérieur. Les bruits du cœur sont faiblement perceptibles. On ne touche pas le promontoire, les mensurations pelviennes sont: 24,5, 27,5, 31, 19,5.

On fait immédiatement, sous anesthésie générale, la version podalique par manœuvres combinées et l'on attire le pied gauche, antérieur. Le cordon, à ce moment, ne bat plus. On tente l'extraction qui ne résussit pas, le siège ne passant pas à travers l'orifice fortement serré sur le corps foetal. On attend donc l'expulsion spontanée qui se fait après ¾ d'heure. Mauriceau facile. —

Délivrance spontanée rapide, cordon de 80 cm. à insertion latérale. Enfant de 50 cm. et de 3000 gr. Suites de couches normales.

OBSERVATION No 8.

Mme F. Elise, 1921/987. Femme de 31 ans, 5e pare.

Les trois premiers accouchements ont été pathologiues au forceps pour bassin rétréci, le quatrième a nécessité une version.

La grossesse actuelle a été bien supportée. La femme arrive au Service le 10 septembre 1921 à 9 h. avec de fausses douleurs. Le col est de 1 cm. perméable pour deux doigts. La tête est mobile au-dessus du Détroit Supérieur, la poche est intacte. On atteint facilement le promontoire, le bassin mesure 22,5, 26, 29,5, 18,5. — Le diamètre conjugé vrai est de 8 cm. Les bruits du cœur sont bons. A partir de 14 h. les douleurs deviennent régulières, et à 24 h. la femme revient à la salle d'accouchement. A ce

moment on trouve l'orifice complètement dilaté, la poche des eaux bombant fortement. La tête est toujours mobile au-dessus du Détroit Supérieur.

A 0,45 h. on rompt artificiellement la poche des eaux. Immédiatement se présente une anse du cordon, battant lentement. On fait préparer pour une césarienne, mais en même temps on essaie de refouler le cordon et on arrive à le maintenir au-dessus de la tête qui s'engage peu à peu dans le Détroit Supérieur. On se rend compte qu'elle est bien fixée et que les bruits du cœur restent réguliers. — Expulsion spontanée de la tête à 1 h. 30. L'enfant, long de 52 cm., pèse 3600 gr.; il crie aussitôt.

Délivrance normale; cordon de 60 cm. inséré à 2 cm. du bord. Suites de couches: simples.

OBSERVATION No 9.

Mme K. N. Théodose. 1921/1029. Femme de 41 ans, 10e pare. Les neuf grossesses antérieures se sont toutes terminées par des accouchements normaux à terme. La grossesse actuelle s'est passée sans incident.

Les douleurs débutent le 22 septembre 1921 à midi. Une sage-femme ayant examiné à 15 h. constate une position transverse. Elle fait appeler un médecin. Entretemps la poche des eaux se rompt et il se produit une procidence du cordon. Le médecin tente une version, sans succès, et nous adresse alors la malade. Entrée au Service à 19 h. On trouve le col effacé, presque complètement dilaté. Dans le vagin on sent un pied, et un bras. Le siège est au-dessus du Détroit Supérieur, en S. I. D. A. Le promontoire n'est pas accessible, le bassin mesure 24, 28, 32, 20. — Le cordon ne bat plus, les bruits du cœur ne sont pas perçus.

Sous narcose on refoule le bras et on tire sur le pied. Le dégagement du siège et du tronc va assez facilement, par contre l'abaissement des bras, fortement relevés, est difficile. Manœuvre de Mauriceau, enfant mort-né (52 cm. 3200 gr.)

Délivrance au bout d'une heure, cordon de 80 cm. à insertion latérale. Suites de couches fébriles, à la suite d'une bronchite diffuse.

L'autopsie de l'enfant révèle des hémorragies nombreuses sur le péricarde, les plèvres et les méninges.

OBSERVATION No 10.

Mme F. Joséphine, 1921/1186. Femme de 38 ans, 10e pare. Les sept premières grossesses sont terminées par des accouchements normaux à terme. Le huitième accouchement a nécessité une version et l'enfant est mort-né. La neuvième grossesse s'est terminée par un accouchement prématuré du 6e mois et la naissance d'un enfant nonviable.

La grossesse actuelle a évolué sans incidents notables. Le 3 octobre 1921, la poche des eaux se rompt et la femme vient aussitôt à la Clinique. On trouve un col de 4 cm. très mou, perméable à deux doigts. Le bassin est vide; on n'arrive pas au promontoire, le bassin mesure 25, 29, 32, 20. L'examen externe permet de constater une position transverse, la tête étant à droite. Le 5 octobre, vers 2 h. du matin, la femme commence à avoir des douleurs assez régulières. A l'examen interne on constate un col large-

ment perméable pour deux doigts et dans la cavité cervicale, on sent une anse du cordon animée de bonnes pulsations, qui fait procidence.

Sous narcose on refoule facilement le cordon et on introduit un ballon qui provoque de bonnes contractions. Les bruits du cœur sont assez difficilement perceptibles.

Au bout de deux heures le ballon est expulsé. On trouve une dilatation pratiquement complète et quelques anses du cordon battant faiblement et lentement. On décide de faire la version immédiate qui réussit facilement. L'extraction par contre fait des difficultés et au moment de chercher la bouche, on constate l'existence d'un spasme du col. En renforçant la narcose, on réussit à le vaincre, et la tête alors vient facilement.

L'enfant 51 cm. 2950 gr. naît en asphyxie assez profonde, mais après 30 minutes d'efforts on réussit à le ranimer. — Il présente une fracture de la clavicule gauche.

Délivrance spontanée, cordon de 80 cm. à insertion marginale. Suites de couches simples.

OBSERVATION No 11.

Mme D.-K. Jeanne, 1921/1288. Femme de 25 ans, 3e pare. A eu le rachitisme pendant son enfance. N'a marché qu'à 5 ans. Le premier accouchement a été prématuré du 7e mois. L'enfant était mort-né. Le deuxième accouchement était à terme; l'enfant serait mort quelques jours avant l'accouchement (disparition des bruits du cœur et des mouvements foetaux). —

La grossesse actuelle a été bien supportée. La femme entre au Service le 19 septembre, quelques jours avant terme. On trouve un col de 5—6 cm. perméable pour un doigt. La tête est mobile au-dessus du Détroit Supérieur. La poche des eaux est intacte. Le promontoire est facilement accessible. Le bassin mesure 25, 28, 31, 17. Le diamètre conjugué vrai est de 8,5 cm. Les bruits du cœur sont bien perçus.

La femme est admise au Service des Expectantes. Réaction de Wassermann: positive. Les douleurs débutent le 30 septembre à 16 h. Vers 19 h. la poche des eaux se rompt spontanément. On examine aussitôt et on trouve un col de 1 à 1½ cm. largement perméable pour deux doigts. On sent dans le col une anse du cordon qui bat régulièrement. On refoule la tête vers la fosse iliaque gauche où on la maintient pendant qu'on prépare pour la section césarienne indiquée par le rétrécissement du bassin compliqué de procidence du cordon. L'intervention se fait sous narcose à l'éther, sans incident notable. On extrait un enfant vivant, criant aussitôt. Il a 50 cm. et pèse 3600 gr.

Le cordon a 40 cm., son insertion est marginale.

Les suites opératoires sont compliquées par une bronchite et un abcès de la paroi.

OBSERVATION No. 12.

Mme L.-Sch. Charlotte, 1922/390. Femme de 42 ans, 4e par. A été rachitique comme enfant, n'a commencé à marcher qu'à 3 ans. Les trois accouchements antérieurs on été très laborieux. Les deux premiers étaient

des présentations céphaliques, le troisième une présentation du siège. Les trois accouchements se sont terminés par la naissance d'enfants mort-nés.

L'état général pendant la grossesse acutelle à été très bon. La femme arrive au Service quelques jours avant terme. On trouve un col de 3 cm perméable pour la pulpe du doigt. La tête est mobile au-dessus du Détroit Supérieur. Promontoire facilement accessible; le bassin mesure 27, 29, 33, 18. — Le diamètre conjugué vrai est de 8 cm.

Le 24 avril a 3 heures du matin rupture spontanée de la poche des eaux, sans que la femme ressente de douleurs. Celles-ci ne s'installent que vers 8 heures. La tête est toujours mobile au-dessus du Détroit Supérieur, les bruits du cœur sont réguliers. A 11 heures on examine. Col pas encore complètement effacé, dilatation de 5 francs; la poche est rompue. Au-dessus de l'orifice interne, on sent la tête mobile. Entre la tête et l'orifice interne, on sent battre le cordon. On décide de faire une césarienne. L'opération pratiquée sous anesthésie générale à l'éther se fait normalement, on extrait un enfant de 52 cm 3800 gr criant aussitôt.

Le cordon a 55 cm; son insertion est latérale. Il existait une circulaire. Suites opératoires parfaitement simples.

OBSERVATION No. 13.

Mme H.-H. Marguerite 1922/985. Femme de 24 ans, 2e pare. A présenté du rachitisme comme jeune enfant; a commencé à marcher à 3 ans.

La femme a accouchée en 1921 à notre clinique. Elle a eu une procidence du cordon ayant nécessité une version. L'enfant était mort-né (voir ci-dessus observation No. 6, 1921/855).

Pendant la grossesse actuelle la femme a toujours été bien portante. Les douleurs débutent le 7 octobre 1922 à 15 heures. La femme arrive au Service à 19,30 heures. Le col est affacé, la dilatation de 1 franc. La tête est déviée vers la fosse iliaque gauche, la poche des eaux est fortement saillante. Le promontoire est accessible et le bassin mesure 24, 25,5, 29, 18,5. — Le diamètre conjugué vrai est de 7,5 cm.

A 21,30 heures on fait un nouveau toucher. La dilatation est de deux francs, la tête est toujours déviée, et la poche des eaux bombe fortement. A son intérieur on sent une anse du cordon battant régulièrement.

Comme le premier accouchement, également cmpliqué de procidence du cordon et traité par une version difficile et une extraction pénible par suite du rétrécissement du bassin, s'est terminé par la mort de l'enfant, que les mêmes dangers menacent à nouveau et que la femme désire avoir un enfant vivant, on lui propose de terminer par une section césarienne. L'intervention se fait sous anesthésie générale à l'éther. Elle réussit bien et on extrtait un enfant (50,5 cm 3400 gr) qui crie bien.

Le cordon a 60 cm, son insertion est paracentrale.

Suites opératoires particulièrement simples. La femme quitte le 12e jour.

OBSERVATION No. 14.

Mme B.-H. Catherine, 1923/160. Femme de 39 ans, 4e pare. Le premier accouchement a été terminé au forceps, les deux suivants ont été normaux, les trois enfants sont vivants.

Pendant toute la grossesse actuelle la femme s'est sentie très fatiguée.

Le 12 février au soir la poche des eaux se rompt sans que la femme éprouve de douleurs. Le 15 h. au matin elle consulte un médecin qui lui conseille de se faire admettre au Service. Elle arrive à 15,30 heures. A l'examen on constate un col de 2 cm perméable au doigt. La tête est engagée, mobile. Au-dessous de la tête on sent nettement le cordon animé de battements. Le promontoire n'est pas accessible; le bassin mesure 24, 28, 32, 20. On décide de placer un ballon. Sous narcose on refoule le cordon et l'on introduit un ballon, auquel on attache un poids de 250 gr pour faire traction. Les bruits du cœur sont réguliers. On active les douleurs par une injection de Pituglandol. Au bout de 6 heures le ballon est expulsé. Le cordon fait procidence hors de la vulve. On examine et l'on trouve: dilatation grande paume, la tête fortement engagée, mais encore mobilisable. Les battements du cordon sont ralentis. On décide de faire la version qui est facile. Comme les bruits du cœur sont assez mauvais, on est obligé de faire l'extraction immédiate, qui réussit sans trop de peine.

L'enfant (49 cm 3100 gr) naît asphyctique, mais est assez facilement ranimé.

Délivrance normale, cordon de 75 cm avec insertion latérale.

Suites de couches simples.

OBSERVATION No. 15.

Mlle L. Caroline, 1923/203. Femme de 22 ans, 1e pare. Les antécédents personnels sont sans particularités. La grossesse actuelle a été bien supportée.

Il s'agit d'un accouchement prématuré du 8e mois. Les douleurs ont débuté le 27 février 1923 à 19 heures. La femme arrive à 21,15 heures. A ce moment l'occiput émerge de la vulve. Il existe une procidence du cordon ne présentant plus aucun battement. On termine aussitôt l'accouchement en décubitus dorsal. L'enfant (49 cm 2300 gr) est mort, non macéré. Il répand une odeur nauséabonde. La femme dit ne plus avoir senti de mouvements depuis 24 heures.

Délivrance spontanée, cordon de 60 cm à insertion centrale. Suites de couches simples. Wassermann négatif.

Le bassin ne présente pas de signe de rétrécissement.

OBSERVATION No. 16.

Mme H.-Z. Joséphine, 1923/225. Femme de 43 ans, 8e pare. Les six premières grossesses se sont terminées par des accouchements normaux à terme, la septième par un avortement au 4e mois.

La grossesse actuelle a été très bien supportée. Les douleurs débutent le 4 mars 1923 à 14 heures. La femme entre au Service à 21,30 heures. A ce moment le col est effacé, la dilatation de la grandeur d'une pièce de 2 francs. La tête est mobile au-dessus du Détroit Supérieur. La poche, intacte, bombe fortement et à son intérieur on perçoit plusieurs anses du cordon battant régulièrement. Le promontoire n'est pas accessible, les mesures pelviennes sont: 25, 28, 32, 20.

La dilatation n'étant pas suffisante on décide de mettre un ballon. Position de Trendelenburg. On refoule la poche avec le cordon en ayant bien soin de ne pas la rompre. On met un ballon auquel on applique un poids de 300 gr. Les douleurs deviennent rapidement plus fortes, les bruits du cœur restent bons.

Le ballon n'est expulsé que le lendemain à 11 heures. La dilatation est complète, la poche contenant les anses bombe fortement, la tête est toujours mobile. On décide de faire la version.

Sous narcose on rompt la poche et on attire un pied. On est obligé de faire suivre immédiatement l'extraction, vu que le cordon est comprimé entre l'enfant et le bassin. Dégagement du siège, du tronc et des bras sans trop de difficultés, manœuvre de Mauriceau. — L'enfant (53 cm 3750 gr) naît étonné, mais se remet rapidement.

Délivrance normale, cordon 60 cm à insertion latérale Suites de couches tout à fait simples.

OBSERVATION No. 17.

Mme M.-S. Léonie, 1923/418. Femme de 25 ans, 2e pare. Le premier accouchement a été normal à terme. Enfant vivant.

Pendant la grossesse actuelle l'état général a été satisfaisant.

Le 20 avril 1923, au 8e mois de la grossesse, la femme est subitement prise d'une hémorragie assez abondante; pour ce motif le médecin traitant nous l'adresse. A l'examen d'entrée on constate un col de 2 cm perméable au doigt. La tête est mobile au Détroit Supérieur, la poche des eaux intacte. On ne sent pas de tissu placentaire. Le promontoire est inaccessible, les mesures du bassin sont 23, 27, 31,5, 20. — On admet la malade à la salle des Expectantes.

Dans la nuit la femme a subitement de fortes hémorragies. Le 21 avril à 3 heures on trouve un col de 2 cm perméable pour deux doigts, tête toujours mobile, poche des eaux intacte. Au niveau de l'orifice interne, à droite et en arrière, on a l'impression de sentir des masses placentaires. On décide de rompre la poche et de placer un ballon.

A la rupture de la poche, il se produit une procidence du cordon qui bat bien. N'arrivant pas à le refouler, au lieu de placer un ballon, on fait la version d'après Braxton-Hicks. On parvient à ramener un pied auquel on fixe un poids. Les bruits du cœur restent bons. Vers 8 heures les douleurs deviennent régulières et vers 9,15 heures la femme expulse presque spontanément l'enfant (39 cm 1400 gr). On le transfère immédiatement à la clinique infantile.

Après la naissance la femme se met à saigner et l'on est obligé de faire l'expression du placenta. Celui-ci étant déchiqueté, on fait une révision manuelle de la cavité utérine qui ramène quelques débris placentaires.

D'après l'examen du placenta celui-ci était normalement inséré. Il se serait donc agi d'un décollement prématuré partiel du placenta normalement inséré. Cordon 60 cm à insertion latérale.

Les suites de couches, en dehors d'une ascension thermique passagère le 5e jour, ont été normales.

OBSERVATION No. 18.

Mlle G. Berthe 1923/483. Femme de 34 ans, 2e pare. Se trouve actuellement en traitement à la clinique médicale A. pour bronchectasie. Le premier accouchement a été normal à terme.

Pendant la grossesse actuelle l'affection respiratoire dont la malade souffre depuis longtemps s'est notablement aggravée.

L'accouchement se produit prématurément à la fin du 8e mois. Le 9 mai à 10 heures les douleurs commencent. Le soir à 22 heures la femme nous arrive. On trouve le col effacé, une dilatation de petite paume de main. La tête est mobile sur le Détroit Supérieur, la poche des eaux est intacte. On n'atteint pas le promontoire, les mesures pelviennes sont de 22,5, 25, 31,5, 19,5.

A 22,40 heures la poche de eaux se rompt spontanément et il se produit une procidence du cordon. Au moment où l'on est prêt à intervenir, la femme expulse spontanément un prématuré du 8e mois qui se met à crier immédiatement (48 cm 2800 gr).

Délivrance normale, cordon de 90 cm à insertion centrale.

Suites de couches simples.

OBSERVATION No. 19.

Mme B.-K. Emilie 1923/500. Femme de 40 ans, 6e pare. Trois grossesses se sont terminées par des accouchements à terme, nécessitant des versions. L'une s'est terminée par une expulsion du sommet, la cinquième a été interrompue par un avortement du 3e mois.

La grossesse actuelle a été mal supportée. La femme se sentait très faible, elle a eu des vomissements presque journaliers et pendant la deuxième moitié des douleurs très violentes dans le bas-ventre.

L'accouchement commence le 14 man 1923 vers midi. La femme arrive au service à 23,45 heures; à ce moment on trouve le col effacé, à dilatation complète. La tête est mobile sur le Détroit Supérieur, la poche des eaux intacte. On atteint le promontoire, le bassin mesure: 22, 26, 30, 19.

Peu après l'admission la poche des eaux se rompt spontanément et il se produit ne procidence du cordon. Ne parvenant pas à refouler le cordon, on repousse la tête vers la fosse iliaque gauche et on pratique la version. On est obligé de faire immédiatement l'extraction, car le cordon reste coincé entre le fœtus et le bassin. Le dégagement des bras est assez laborieux. On éprouve également quelques difficultés pour faire passer à la tête le Détroit Supérieur.

Après quelques mouvements de respiration artificielle l'enfant (52 cm 4000 gr) se met à crier.

Délivrance spontanée, cordon de 80 cm à insertion latérale.

Suites de couches simples.

OBSERVATION No. 20.

Mme K.-K. Caroline 1923/669. Femme de 24 ans, 3e pare. Le premier accouchement s'est compliqué d'une procidence du cordon. Application d'un forceps; l'enfant était mort-né. Le deuxième accouchement nécessitait une version pour position transverse. Enfant macéré.

La grossesse actuelle a été bien supportée. La femme arrive au Service le 20 juin 1923 à 11 heures prétendant éprouver de temps en temps des douleurs. On trouve un col de ½ cm perméable pour le doigt. La poche est intacte, la tête déviée vers la fosse iliaque gauche. Les bruits du cœur sont bien perçus, on arrive juste au promontoire, le bassin mesure 25,5, 29, 32,5, 19. — La femme n'étant pas encore en travail on l'admet dans la salle des Expectantes.

Le 26 juin vers 14 heures les douleurs s'installent plus régulières. A 17,30 heures la poche des eaux se rompt spontanément. Examen interne qui donne: col bourrelet largement perméable au doigt, tête très mobile sur le Détroit Supérieur. Les bruits du cœur sont réguliers mais très sourds. A 23 heures on n'entend plus de bruits du cœur. Le lendemain, malgré de bonnes douleurs, l'engagement ne progresse pas et à midi on décide d'intervenir. A l'examen interne le col est effacé, la dilatation complète, la tête tout à fait mobile. En avant de la tête, vers la symphyse, on palpe une anse du cordon qui ne bat plus. L'enfant étant mort on fait la perforation au cranioclaste. L'enfant a 54 cm et pèse 3650 grammes.

Délivrance spontanée, cordon de 65 cm à insertion latérale.

Suite de couches tout à fait simples.

OBSERVATION No. 21.

Mme H.-B. Caroline, 1923/751. Femme de 45 ans, 10e pare. Cinq accouchements ont été à terme, trois étaient des présentations du siège, qui se sont bien terminés, un accouchement a nécessité la perforation de l'enfant trop grand (5½ kg).

La grossesse actuelle a évolué sans incidents notables. Les douleurs débutent le 18 juillet 1923 à 19 heures. A 23,45 heures la femme arrive au Service. On trouve le col effacé, perméable pour deux doigts. La tête est mobile au-dessus du Détroit Supérieur. Dans le col on palpe à travers la poche intacte, en arrière de la tête, plusieurs anses du cordon, animées de pulsations régulières. Le promontoire n'est pas accessible.

On reste d'abord dans l'expectative. Vers 1 heure on touche de nouveau. Col effacé, dilatation un peu plus grande que 5 francs. Tête mobile, poche intacte, le cordon bat toujours régulièrement. Comme il ne paraît pas du tout comprimé, on décide de laisser encore évoluer l'accouchement sans intervenir. Nouvel examen interne à 2 heures. Col effacé, dilatation grande paume, tête mobile, poche intacte, procidence du cordon pulsatile. Vers 2,15 heures la femme éprouve des douleurs expulsives. A ce moment on intervient.

Narcose à l'éther, version podalique facile, par manœuvres combinées. Extraction du siège et du tronc, abaissement des deux bras. Manœuvre de Mauriceau sur la tête dernière. L'enfant (50 cm 3150 gr) crie presqu'aussitôt. — Délivrance normale, cordon de 55 cm à insertion latérale. Suites de couches afébriles.

OBSERVATION No. 22.

Mme R.-H. Joséphine, 1923/761. Femme de 35 ans, 8e pare. La femme a eu quatre accouchements à terme, dont trois ont nécessité l'emploi du

forceps. Les trois autres grossesses ont été interrompues par des avortements.

La grossesse actuelle s'est passée sans troubles notables. La femme arrive au Service le 7 juillet 1923 éprouvant quelques douleurs. A l'examen on trouve un col de 3—4 cm perméable au doigt. La tête est mobile au Détroit Supérieur, la poche intacte. Le promontoire est accessible, le bassin mesure 26,5, 29, 31, 18,5. — Comme les douleurs ne sont pas encore régulières la femme est admise à la Salle des Expectantes. Ce n'est que le 22 juillet, vers 1 heure, qu'elle commence à avoir des contractions régulières. Vers 2 heures on trouve un col effacé, dilatation de 5 francs. La tête est mobile au Détroit Supérieur, un peu déviée vers la gauche. La poche des eaux est intacte et bombe légèrement. Dans son intérieur on sent battre des anses du cordon. On essaie de les refouler sans y parvenir. On reste en expectative. Vers 9 eures la femme dit ressentir des douleurs d'expulsion. On trouve la dilatation presque complète, la tête toujours mobile. Les anses procidentes présentent des pulsations régulières. On décide de terminer.

Narcose à l'éther, version facile, extraction du siège sans difficultés, dégagement des deux bras, manœuvre de Mauriceau.

L'enfant (53 cm 3800 gr) crie presqu'aussitôt.

Délivrance spontanée, cordon de 85 cm, à insertion centrale.

Suites de couches des plus simples.

OBSERVATION No. 23.

Mme M.-L. Sophie, 1923/914. Femme de 42 ans, 17e pare. Huit accouchements normaux, une grossesse gémellaire. En outre sept fausses-couches du 4e—5e mois terminées par des curages.

Grossesse actuelle sans troubles notables. La poche des eaux se serait rompue le 30 août, deux mois avant terme. Le 3 septembre 1923 à 20 h. les douleurs débutent et le 4 septembre à 4 heures la femme arrive au service. On trouve un col de 2 cm perméable au doigt. Siège mobile, au Détroit Supérieur, poche des eaux rompue. — Le promontoire n'est pas accessible, les mesures pelviennes sont 23,5, 27, 32, 20,5. — Pendant toute la matinée la femme n'a presque pas de douleurs.

Vers 13,30 heures la parturiente s'assied pour uriner. A ce moment elle remarque que quelque chose sorte de la vulve et elle appelle immédiatement. On constate qu'il s'agit d'une procidence du cordon qui bat et l'on intervient sur-le-champ.

Examen interne: col effacé, dilatation complète, siège fixé entre Détroit Supérieur et Moyen, on sent également les deux pieds. Extraction de l'enfant, dégagement facile des épaules, manœuvre de Mauriceau. L'enfant (42 cm 1500 gr) naît en asphyxie bleue; après quelques mouvements de respiration artificielle il se met à crier.

Délivrance normale, cordon de 50 cm à insertion latérale.

Suites de couches tout à fait simples.

L'enfant meurt le 4e jour à la clinique infantile de débilité.

OBSERVATION No. 24.

Mme H.-M. Madeleine, 1923/951. Femme de 34 ans, 3e pare. Le premier accouchement a été normal, le deuxième prématuré du 7e mois: Enfant mort, décollement manuel du placenta.

La grossesse actuelle a été bien supportée. La femme nous arrive le 5 septembre 1923, quelques jours avant son accouchement. Elle a un col de 2 cm perméable à la pulpe du doigt. Le bassin est vide, la poche intacte. On n'arrive pas au promontoire, le bassin mesure 24, 28, 31, 19. L'examen externe montre une position transverse, tête à droite.

Les douleurs débutent le 14 septembre à 11 heures et aussitôt la poche des eaux se rompt. A l'examen on trouve le col effacé, dilatation de cinq francs, on perçoit le siège mobile et un pied au Détroit Supérieur. Vers 16,10 heures la femme commence à avoir des douleurs d'expulsion. Au même moment une anse du cordon animée de battements apparaît à la vulve. On examine immédiatement. La dilatation est complète, le siège fixé au Détroit Supérieur, les deux pieds sont au Détroit Inférieur. On les saisit et on extrait l'enfant. L'abaissement des bras — il s'agit d'un gros enfant — présente quelques difficultés. La manœuvre de Mauriceau est également difficile, la tête restant d'abord accrochée à la symphyse; finalement on réussit quand-même à l'extraire. L'enfant (53 cm 3875 gr) naît en asphyxie blanche mais son cœur bat bien. Après avoir dégagé les voies aériennes, on fait des mouvements de respiration artificielle et au bout de 20 minutes l'enfant se met à crier.

Délivrance simple, cordon de 80 cm, à insertion centrale.

Suites de couches normales.

OBSERVATION No. 25.

Mme B.-K. Emilie 1924/329. Femme de 33 ans, 4e pare. Deux accouchements normaux à terme, le troisième prématuré du 9e mois.

Au début de la grossesse actuelle a eu la pneumonie. L'accouchement se produit prématurément, au début du 8e mois. Les douleurs commencent le 18 mars à 7 heures. A 9,45 heures la femme arrive au Service. Le col est effacé, la dilatation presque complète. Derrière la poche, fortement saillante, on sent de petites parties et un cordon battant. Le promontoire n'est pas accessible, la mensuration du bassin donne 26, 29, 32, 21.

Vers 10,10 heures la femme sent des douleurs expulsives. La dilatation étant complète, on rompt la poche, on sent deux pieds qu'on attire aussitôt. Extraction facile du tronc, abaissement des bras, manœuvre de Mauriceau.

L'enfant (46 cm 2100 gr) naît en asphyxie bleue. Malgré tous les efforts on ne parvient pas à le ranimer.

Délivrance spontanée, cordon de 80 cm à insertion centrale.

Suites de couches simples.

OBSERVATION No. 26.

Mme H.-R. Anna 1924/448. Femme de 39 ans, 5e grossesse, 1e pare. Rien de spécial dans les antécédents personnels. Les 4 grossesses précédentes ont été terminées par des avortements du 2e—3e mois.

Pendant la grossesse actuelle, la femme a eu quelques pertes au début du 3e mois. Les douleurs s'installent le 19 avril 1924 à 14 heures et à 19 heures la femme entre au Service. On trouve le col effacé, dilatation de 1 franc, la poche paraît rompue, on sent un pied et une anse procidente du cordon qui bat régulièrement. Le promontoire n'est pas accessible, le bassin mesure 25, 29, 33, 21.

On ne peut se décider à faire une section césarienne, en raison du mauvais état général de la femme. A 19 heures la dilatation est entre 2 et 5 francs, le cordon bat toujours. On décide d'introduire un ballon de Braun que l'on remplit de 400 gr d'eau lysolée; on y attache un poids de 200 gr. Ce n'est que le lendemain à 14,15 heures que le ballon est expulsé. A ce moment la dilatation est complète, on sent les deux pieds et une main. Comme les battements du cordon deviennent irréguliers, on fait l'extraction immédiate. Les bras font quelques difficultés, manœuvre de Mauriceau facile.

L'enfant (50 cm 2650 gr) ne respire pas et malgré tous les efforts on n'arrive pas à le ranimer. Il a un petit goître et des pieds bots.

Après 2½ heures le placenta ne vient pas et ne peut être exprimé, même pas en narcose. On est obligé de faire le décollement manuel.

Les suites de couches sont marquées par une légère endométrite.

La réaction de Wassermann de la mère est négative.

OBSERVATION No. 27.

Mme R.-F. Rosa 1924/467. Femme de 41 ans, 8e pare. Trois accouchements ont été normaux à terme, un autre prématuré du 8e mois. Les deux derniers accouchements étaient des présentations transverses et les enfants sont morts pendant l'accouchement.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Le 24 avril 1924, un mois avant terme, rupture spontanée de la poche des eaux. Le médecin consulté trouve une présentation transverse et nous adresse la malade. Elle nous arrive à 21,30 heures. On trouve un col de 2 cm perméable pour deux doigts. Au niveau du Détroit Supérieur, vide, on sent le cordon qui bat régulièrement et une petite partie qui semble être un coude. La poche semble rompue. Le promontoire n'est pas accessible, le bassin mesure 25,5, 28,5, 30, 20. L'examen externe montre une position transverse, tête à gauche. Les bruits du cœur sont bons. On place immédiatement un ballon.

Pendant la nuit la femme n'a pas de douleurs. Le 25, vers 11 heures du matin, l'eau du ballon s'écoule. On le retire et on fait un examen interne. La dilatation est paume de main, on sent le cordon battant régulièrement, et un coude au-dessus du Détroit Supérieur. La poche semble intacte. On place un deuxième ballon. Tout l'après-midi on contrôle les bruits du cœur, qui restent bons jusque vers 18 heures. A ce moment ils semblent se ralentir et il devient difficile de les distinguer du pouls maternel. A 19 heures la femme expulse le ballon. Le cordon ne bat plus, on ne perçoit plus de bruits du cœur.

Narcose à l'éther, version et extraction du siège et du tronc. Dégagement des bras, manœuvre de Mauriceau. L'enfant (52 cm 2800 gr) est mort.

Délivrance spontanée, cordon de 85 cm latéralement inséré.
Suites de couches fébriles: endo-métrite.

OBSERVATION No. 28.

Mlle R. Joséphine, 1924/851. Femme de 19 ans, 1e pare. Rien de particulier à noter dans les antécédents personnels.

La grossesse actuelle a été bien supportée.

Les douleurs débutent le 21 juillet à 1 heure. Entrée au Service à 5,30 heures. On trouve le col effacé, la dilatation complète. La poche est rompue on sent les deux pieds au niveau du Détroit Inférieur, le siège au Détroit Supérieur. Une anse du cordon animée de bonnes pulsations, se trouve placée entre les jambes. Le promontaire n'est pas accessible, le bassin mesure 24, 27, 32, 19,5. Les bruits du cœur sont bons.

La femme est immédiatement admise à la Salle de Travail. On abaisse le pied antérieur. La femme pousse très mal. Comme brusquement les bruits du cœur deviennent mauvais, on dégage également le pied postérieur, on extrait le siège et le tronc, on abaisse les bras, et on dégage la tête par la manœuvre de Mauriceau.

L'enfant (52 cm 3750 gr) naît en asphyxie bleue. Au bont d'un quart d'heure il s'est remis.

Délivrance spontanée; cordon de 65 cm à insertion latérale.

Suites de couches simples.

OBSERVATION No. 29.

Mme Sch.-N. Marie, 1924/907. Femme de 29 ans, 3e grossesse, 1e pare. Les deux premières grossesses se sont terminées par des avortements du 3e—4e mois. La grossesse actuelle a été assez bien supportée. Les douleurs débutent le 5 août 1924, 2 mois avant terme. La femme s'est déjà fait admettre deux jours auparavant. A ce moment on avait trouvé un col de 1 cm perméable au doigt, la poche intacte, une tête mobile. Le promontoire n'est pas accessible, le bassin mesure 23, 27,5, 31,5, 20. Comme l'abdomen est très distendu, et qu'on a une sensation de flot, on pose la diagnostic de hydramnios.

Le 5 août 1924 à 20 heures, on trouve le col effacé, la dilatation complète; la poche des eaux est intacte et fortement saillante. A son intérieur on sent une tête avec procidence d'un bras et du cordon. A ce moment la poche se rompt, et il s'écoule une quantité considérable (3 litres) de liquide amniotique. On fait aussitôt la version et on sort l'enfant qui crie presqu'aussitôt. On constate qu'il reste dans l'utérus un deuxième enfant en présentation de l'épaule. Après version on l'extrait facilement.

Délivrance spontanée rapide; cordons 55/60 cm les deux à insertion latérale. Les deux enfants (36½, 37 cm 1150/1200 gr) sont dirigés sur la clinique infantile où ils meurent de débilité le 3e jour.

Le 8e jour des suites de couches la femme fait une phlébite des veines paramétranes. En même temps il se développe un empyème. Pour cette raison la malade est transférée à la clinique chirurgicale B pour intervention. Elle y meurt au bout de 8 jours, 4 semaines après l'accouchement.

La réaction de Wassermann chez la malade était négative.

OBSERVATION No. 30.

Mme A.-G. 1924/1175. Femme de 33 ans, 3e pare. Le premier accouchement avait été prématuré du 8e mois, le deuxième normal à terme.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Le 11 octobre 1924 (6 semaines avant terme) à 10 heures la femme se présente à la policlinique, disant que la poche des eaux s'est rompue. On trouve une tête mobile au Détroit Supérieur et une anse du cordon, battant bien, au-devant de la tête. On insiste auprès de la femme pour qu'elle se fasse admettre immédiatement, mais quoiqu'on lui indique tous les dangers qu'elle court pour elle-même et pour son enfant, elle veut absolument rentrer.

Elle revient le lendemain à 4,30 heures. A ce moment le col est effacé, perméable pour deux doigts. La tête est fixée au Détroit Supérieur. Entre le col et la tête, on sent des anses du cordon qui ne battent pas. On ne perçoit pas de bruits du cœur. Le bassin mesure 24, 26, 31, 19,5. Le promontoire est juste accessible.

On laisse évoluer spontanément l'accouchement et à 6 heures du matin la tête est expulsée. Enfant ayant 46 cm et pesant 2050 gr prématuré du 9e mois.

Délivrance normale; cordon de 50 cm; son insertion est vélamenteuse.

Suites de couches simples.

OBSERVATION No. 31.

Mme L.-V. Philomène, 1924/1339. Femme de 29 ans, 6e pare. Trois accouchements ont été normaux à terme. Deux grossesses se sont terminées par des fausses-couches de 2e—3e mois.

La grossesse actuelle a été très bien supportée. Les douleurs débutent le 22 novembre à 18 heures et 30 minutes après la femme est admise à la salle de travail. On trouve un col bourrelet perméable à deux doigts. La tête est mobile au Détroit Supérieur, la poche intacte. Le promontoire n'est pas accessible, le bassin mesure 25, 29, 32, 20. Les bruits du cœur sont bons.

A 20 heures la poche se rompt spontanément. Il s'échappe une très grande quantité de liquide: hydramnios. On examine aussitôt et on trouve le col effacé, une dilatation de paume de main, la tête s'engage au Détroit Supérieur. Entre la tête et le bassin on sent une anse du cordon qui bat régulièrement. On dévie immédiatement la tête vers la fosse iliaque gauche et on se prépare à faire la version.

Vers 9 heures la dilatation étant presque complète, et les bruits fœtaux étant toujours bons, on entreprend la version qui réussit facilement. Comme à ce moment les bruits restent bons, on attend l'expulsion spontanée.

A 21,30 heures la femme se met à pousser, le siège et le tronc se dégagent spontanément, on abaisse les bras et on fait la manœuvre de Mauriceau très facile.

L'enfant (51 cm 3000 gr) naît étonné, mais se remet très rapidement.

Délivrance spontanée, cordon de 45 cm à insertion latérale.

Suites de couches tout à fait simples.

OBSERVATION No. 32.

Mme Sch.-R. Marie,-1924/1392. Femme de 38 ans, 7e pare. Toutes les six grossesses antérieures se sont terminées par des accouchements normaux à terme.

La grossesse actuelle s'est passée sans incidents.

Les douleurs débutent le 5 décembre 1924 à 15 heures et à 16 heures le médecin nous amène la malade, disant que la poche s'est rompue au courant de la matinée, qu'il a constaté une présentation transverse avec procidence d'un bras, et qu'il a essayé en vain de faire la version. On examine et on constate un col bourrelet, perméable pour trois doigts, le bassin vide, la poche rompue. Un bras fait procidence. On n'arrive pas à sentir le cordon. Le promontoire n'est pas accessible, le bassin mesure 27,5, 30, 31, 19,5. L'examen externe fait constater une présentation transverse, tête à droite. On ne perçoit plus les bruits du cœur.

A 17,45 heures on fait un nouvel examen; la dilatation est d'une grande paume de main. On palpe maintenant nettement le cordon qui ne bat plus. On décide de terminer par une version.

Sous anesthésie générale à l'éther, on va à la recherche du pied gauche, qu'on atteint facilement. On l'abaisse et on attend l'expulsion spontanée, qui est terminée à 18,30 heures sans qu'il ait été nécessaire de faire la manœuvre de Mauriceau.

Enfant mort-né de 49 cm 2650 gr.

Délivrance spontanée; cordon, inséré centralement, long de 55 cm.

Suites de couches normales.

OBSERATION No. 33.

Mme B.-U. Marthe, 1924/1439. Femme de 31 ans, 3e pare. Le premier accouchement a été terminé par un forceps. L'enfant est mort à l'âge de trois mois. Le deuxième accouchement a nécessité également l'application d'un forceps pour souffrance de l'enfant, qui est mort le 2e jour.

La grossesse actuelle a été très bien supportée. Les douleurs débutent le 17 décembre 1924 à 15 heures; la femme entre à la clinique à 21 heures. A ce moment le col est effacé, la dilatation est de paume de main. La tête est mobile au Détroit Supérieur, la poche est intacte. Le promontoire n'est pas accessible; le bassin mesure: 26, 29, 32, 19,5.

A minuit 15 rupture spontanée de la poche des eaux. On examine immédiatement et on trouve une dilatation complète; la tête est mobile au Détroit Supérieur. Une anse du cordon est procidente entre l'occiput et l'articulation sacro-iliaque; elle est animée de bonnes pulsations. On dévie la tête vers la fosse iliaque gauche et on se prépare à faire la version.

Anesthésie générale à l'éther; on refoule la tête et on trouve facilement le pied antérieur qu'on abaisse. On attend l'expulsion spontanée qui se produit 5 minutes après. Dégagement des deux bras, extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau.

L'enfant (51 cm 3500 gr) naît un peu asphyctique mais se remet rapidement.

La délivrance se fait rapidement; cordon long de 75 cm à insertion centrale. — Suites de couches tout à fait simples.

OBSERVATION No. 34.

Mme P.-F. 1924/1452. Femme de 43 ans, 13e pare. Les douze grossesses se sont terminées par des accouchements sans autres complications qu'une rétention placentaire partielle au douzième, il y a deux ans.

La grossesse actuelle a été marquée par de très légères hémorragies pendant les dernières six semaines. Les douleurs débutent le 19 décembre 1924 à midi; la femme entre au Service à 21,15 heures, parce que elle vient de perdre du sang en assez grande abondance. Elle est un peu anémiée, mais son état générale est bon et le pouls est bien frappé. On constate un col bourrelet, perméable à deux doigts. La tête est mobile, on sent des masses placentaires, recouvrant l'orifice interne à droite et en arrière, dans les deux tiers de son étendue. La poche est intacte. Le promontoire n'est pas accessible, le bassin mesure 26, 28, 31, 19,5. Les bruits du cœur sont bons. On décide de rompre la poche des eaux et de placer un ballon.

Pendant qu'on s'est préparé, la dilatation a avancée et est maintenant de largement 5 francs. On rompt la poche et on place un ballon. La femme ne saigne plus. A 20,10 heures la ballon est expulsé et on remarque à ce moment qu'une anse du cordon est procidente dans le vagin. Elle bat très faiblement et très lentement. Comme la dilatation est de grande paume, on fait immédiatement la version podalique sous narcose à l'éther. Elle réussit facilement, on abaisse les deux bras. En voulant faire la manœuvre de Mauriceau on constate un spasme du col autour du cou de l'enfant. On n'essaye pas d'extraire la tête en forçant le spasme, car le cordon ne bat plus du tout. A 20,30 heures la tête est expulsée spontanément. — Enfant mort-né de 54 cm pesant 3750 gr.

Délivrance spontanée; cordon de 60 cm à insertion latérale.

Suites de couches tout à fait simples.

OBSERVATION No. 35.

Mme Sch.-S. 1925/165. Femme de 35 ans, 1e pare. Rien de spécial dans les antécédents de la malade. La grossesse actuelle a été bien supportée.

Les douleurs débutent le 3 février 1925 à 21 heures. La femme nous arrive le lendemain à midi 50. A ce moment le col est effacé, perméable à deux doigts. Il s'agit d'une présentation du siège complet amorcé au Détroit Supérieur. Dans la poche intacte on sent une anse du cordon qui bat faiblement et irrégulièrement. Le promontoire n'est pas accessible, les mesures pelviennes sont 21, 26,5, 35, 20. Les bruits du cœur sont très faibles et irréguliers. On décide de rompre la poche et de placer un ballon. Il est difficile de refouler l'anse du cordon; on y parvient mais l'enfant succombe au cours de l'opération. Vu que son action n'est plus nécessaire on retire le ballon.

A 8,15 heures la femme expulse spontanément le siège, le tronc et les épaules. Manœuvre de Mauriceau facile.

Enfant mort-né (50 cm 2750 gr).

Délivrance spontanée, cordon de 70 cm à insertion marginale.

Suites de couches apyrétiques, sauf une ascension thermique passagère le 8e jour.

OBSERVATION No. 36.

Mme F.-A. 1925/593. Femme de 29 ans, 1e pare. Rien de spécial dans les antécédents personnels.

La grossesse a été bien supportée.

Le 4 mai 1925 vers 16 heures la femme perd les eaux sans ressentir de douleurs. Elle est à 6 semaines avant terme. Elle vient immédiatement au Service où l'on constate un col de 2 cm perméable au doigt. Une anse du cordon qui ne bat plus est procidente hors de la vulve; le bassin est vide, le promontoire n'est pas accessible. Les mesures pelviennes sont 23,5, 27,5, 31, 20. On ne perçoit plus de bruits du cœur. A l'examen externe on constate une position transverse, tête à droite.

Les douleurs débutent le lendemain à 18,30 heures. A l'examen interne on constate vers 23 heures que la position transverse s'est spontanément transformée en une position du siège décomplété, mode des pieds. On trouve en effet une dilatation paume de main et un pied faisant procidence. A 22,30 heures la femme commence à pousser, et à 23,50 heures elle expulse spontanément le siège, le tronc et les épaules. Manœuvre de Mauriceau facile.

Enfant mort-né (42 cm 2260 gr).

Délivrance normale; cordon de 85 cm à insertion marginale.

Suites de couches simples.

OBSERVATION No. 37.

Mlle S. Cécile, 1925/623. Femme de 27 ans, 2e pare. A eu le rachitisme étant enfant; n'a marché qu'à l'âge de deux ans. Un premier accouchement s'est terminé spontanément mais avait duré très longtemps.

L'enfant était mort-né.

La grossesse actuelle a été bien supportée. La femme vient au service le 8 mai 1925, ne ressentant pas encore de douleurs. On constate un col d'un ½ cm perméable au doigt. La tête est mobile au-dessus du Détroit Supérieur, la poche est intacte. Le promontoire est facilement accessible. La bassin mesure 22,5, 26, 30, 18,5. Les bruits du cœur sont bons.

Les douleurs débutent le 11 mai 1925 peu après minuit. On examine à 8 heures et on trouve un col effacé, à dilatation de petite paume. La poche est saillante dans le vagin. La tête volumineuse et dure est mobile au Détroit Supérieur, légèrement déviée vers la gauche. On décide de rompre la poche pour faire l'épreuve du travail, mais il se produit immédiatement une procidence du cordon battant régulièrement. On maintient alors le tête au-dessus du Détroit et on se prépare pour faire la section césarienne, sous anesthésie à l'éther. L'intervention se passe sans incidents, on extrait un enfant qui crie immédiatement (51,5 cm 3750 gr).

Le cordon long de 55 cm était inséré latéralement. Suites opératoires tout à fait simples, la femme quitte le service le 18e jour.

OBSERVATION No. 38.

Mme E.-St. 1925/686. Femme de 32 ans, 8e pare. La femme n'a eu que les deux premières grossesses normales; toutes les suivantes se sont terminées par des fausses-couches entre le 5e et le 7e mois.

Pendant la grossesse actuelle la malade a toujours été bien portante. La femme perd les eaux au 8e mois de la grossesse, le 18 mai 1925. Elle arrive au Service le 25 mai 1925 avec une procidence du cordon datant de deux jours. A ce moment on trouve un col effacé, perméable pour deux doigts. Le bassin est vide, la poche est rompue. Une anse du cordon flétrie, ne battant plus est procidente dans le vagin. Le promontoire n'est pas accessible, les mensurations pelviennes sont 23, 27, 31, 21. On ne perçoit pas de bruits du cœur. L'examen externe permet de reconnaître une position transverse, tête à droite. La température est de 39°, le pouls bat à 120 à la minute. On abaisse un pied auquel on suspend un poids de 400 gr. Quatre heures après l'admission: expulsion spontanée d'un fœtus macéré, prématuré du 8e mois (40 cm 1200 gr).

Délivrance spontanée, cordon de 45 cm à insertion centrale. Le placenta paraît suspect de lésions spécifiques. Le Wassermann de la malade est négatif.

La fièvre tombe dès le lendemain de l'accouchement et les suites de couches évoluent tout à fait normalement.

OBSERVATION No. 39.

Mme G.-K. 1925/894. Femme de 34 ans, 5e pare. Trois accouchements ont été normaux à terme, le quatrième a été une présentation du siège avec enfant mort-né.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Les douleurs ont débuté le 20 juillet à 1 heure. La femme nous arrive à 13 heures; à ce moment la dilatation est presque complète, la poche est rompue, et dans le vagin on sent une anse du cordon à côté de la tête fixée au Détroit moyen. Le cordon ne bat plus, le promontoire n'est pas accessible, les mesures pelviennes sont 24, 27, 32, 20. On ne perçoit pas de bruits du cœur. Au bout d'un quart d'heure expulsion spontanée de l'enfant mort-né (48 cm 3050 gr).

Délivrance spontanée.

Suites des couches tout à fait simples.

OBSERVATION No. 40.

Mme M.-Sch. 1925/941. Femme de 33 ans, 2e pare. La première grossesse s'est terminée par un accouchement normal à terme.

La grossesse actuelle a été bien supportée.

La femme arrive au Service le 29 juillet 1925 à 19,30 heures. On trouve un col de 1 cm perméable au doigt. La tête est mobile au-dessus du Détroit Supérieur, la poche est intacte. Le promontoire n'est pas accessible, le bassin mesure 24,5, 28, 32,5, 20. Les bruits du cœur sont bons. La femme n'étant pas encore en travail on l'admet à la salle des expectantes.

Le douleurs débutent le 30 juillet 1925 à 19,45 heures. On examine vers 24 heures. On trouve le col effacé, la dilatation grande paume de main. A l'intérieur de la poche intacte on sent plusieurs anses du cordon battant bien. La tête est mobile au-dessus du Détroit Supérieur, légère-

ment déviée vers la gauche. On décide de rester en expectative, tout en observant bien les bruits du cœur.

Le 31 juillet 1925 vers 2,25 heures lors d'un nouvel examen, on trouve la dilation presque complète, la poche intacte. Les anses procidentes du cordon battent toujours régulièrement. On rompt la poche, on cherche et on abaisse le pied droit du fœtus, et comme les bruits deviennent irréguliers, on extrait immédiatement l'enfant. Abaissment des bras et manœuvre de Mauriceau. L'enfant (54,5 cm 4150 gr) crie presque aussitôt.

Délivrance spontanée, cordon de 60 cm à insertion latérale.

Suites de couches simples.

OBSERVATION No. 41.

Mlle K. Eve, 1925/1057. Femme de 24 ans, 2e pare. La première grossesse s'est terminée par un accouchement normal à terme, l'enfant est vivant.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Les douleurs débutent le 27 août 1925 à 14 heures. Entrée au service à 19,25 heures. A ce moment on constate une grossesse gémellaire. Le col est effacé, la dilatation presque complète. Le promontoire n'est pas accessible, le bassin mesure 24, 28, 33, 20. Le premier enfant est en position transverse. La poche des eaux se rompt spontanément au moment de l'examen et il se produit une procidence du cordon. On retient l'enfant et on se prépare à intervenir. Sous narcose on pratique la version et, les battements du cordon étant lents, on termine par l'extraction immédiate. L'enfant (42 cm 2050 gr) crie presqu'aussitôt.

On reexamine; on sent une nouvelle poche. Le deuxième enfant est également en position transverse et il existe une procidence d'un bras et du cordon. On rompt la poche, on fait la version et on extrait le deuxième enfant également vivant (40 cm 2375 gr). Un premier placenta vient spontanément; ensuite la malade commence à saigner et on exprime le deuxième placenta. L'hémorragie s'arrête et quoique le placenta paraisse suspect, on ne fait pas de révision de la cavité. Les deux cordons sont longs de 60 cm et sont insérés latéralement.

Pendant les suites de couches la femme se remet à saigner et le 11e jour on est obligé de faire une révision de la cavité utérine qui ramène des débris placentaires assez importants. A la suite de cette intervention il s'établit un état de pyémie s'accompagnant de la formation d'abcès multiples et d'une endocardite sceptique.

Après avoir été longtemps en danger de mort, la femme finit par se remettre et quitte le service le 1er mars 1926 en bonne voie de guérison.

OBSERVATION No. 42.

Mme R.-K. 1925/1087. Femme de 29 ans, 8e pare. Les six premières grossesses se sont terminées par des accouchements normaux à terme- la septième par un avortement du 3e mois. Pendant la grossesse actuelle la femme a toujours été en bon état de santé.

La femme arrive au service le 4 septembre 1925 à 5 heures. On trouve

un col bourrelet perméable pour deux doigts. La poche est rompue, il s'agit d'une présentation du siège décomplété, mode des pieds. Les bruits du cœur sont bons. Le promontoire n'est pas accessible, le bassin mesure 24, 27,5, 32, 20. Ce n'est que le soir à 19 heures que les douleurs commencent à devenir régulières. Vers 22 heures on examine et on trouve un col effacé, dilatation de 5 francs, avec présentation des pieds. Le siège est haut situé et difficile à atteindre. Le 5 septembre vers 1,20 heures il y a une perte brusque de méconium en grande quantité. Les bruits fœtaux restent réguliers, mais paraissent plus assourdis qu'auparavant. On refait un examen, on constate une dilatation de paume de main et une procidence de plusieurs anses du cordon. Battements funiculaires réguliers mais faibles.

Vu la souffrance de l'enfant on décide de pratiquer immédiatement l'extraction. Dégagement du siège, du tronc, et des bras. Manœuvre de Mauriceau facile. Naissance de l'enfant (51 cm 3450 gr) étonné, mais revenant rapidement après quelques mouvements de respiration artificielle.

Délivrance normale; cordon de 70 cm à insertion latérale.

Suites de couches tout à fait simples.

OBSERVATION No. 43.

Mme A.-T. 1925/1143. Femme de 22 ans, 1e pare. Pendant toute la durée de la grossesse la femme a été bien portante. Les douleurs auraient débuté le 18 septembre 1925 à 9 heures, et la poche des eaux se serait rompue dès le début du travail.

Un médecin aurait examiné la femme et n'aurait rien constaté d'anormal. Il serait revenu le soir vers minuit et à ce moment aurait appliqué un forceps, sans arriver à extraire l'enfant. C'est alors qu'il nous aurait adressé la parturiente.

Entrée au service le 19 septembre 1925 à 3,45 heures. On examine et on trouve une procidence du cordon hors de la vulve. Pas de battements funiculaires; bruits du cœur pas perçus. La dilatation est complète, la tête bien fixée au Détroit Moyen. On a l'impression que l'accouchement pourra se terminer spontanément, et en effet, vers 4,40 heures la tête est expulsée. Enfant mort-né (55 cm 3625 gr). Le bassin mesure 22, 26, 29,5, 18; le diamètre conjugué vrai est de 9 cm.

Délivrance spontanée. Cordon de 70 cm à insertion marginale.

Suites des couches marquées par une ascension thermique passagère le 3e jour.

OBSERVATION No. 44.

Mme K.-M. Joséphine, 1926/113. Femme de 29 ans, 5e pare. Les 4 grossesses antérieures ont été menées à bonne fin et se sont terminées par des accouchements normaux à terme; 2 enfants sont morts en bas âge.

La grossesse actuelle s'est passée sans incidents notables. Les douleurs ont débuté le 26 janvier 1926 à 1 heure du matin. La femme arrive au Service à 12,40 heure. A l'examen on constate que le col est effacé, la dilatation complète. La poche est encore intacte, la tête (O.I.D.A.) est mobile

au-dessus du Détroit Supérieur. Le promontoire n'est pas accessible. Les mesures du bassin sont: 24,5, 28, 32, 19,5.

On rompt la poche des eaux pour amener la tête à s'engager dans le bassin; mais aussitôt du liquide s'échappe en assez grande quantité et quelques anses du cordon viennent faire procidence dans le vagin. On retient la tête, en attendant que tout soit prêt pour la version. Anesthésie générale à l'éther. On saisit et abaisse un pied qui est postérieur; on l'attire en lui faisant faire une rotation de 180° qui l'amène en avant. Le cordon ne bat plus. Extraction du siège et de tronc. L'abaissement des bras, fortement relevés, est difficile. Léger spasme du col autour du cou, qu'on arrive cependant à vaincre assez facilement. Manœuvre de Mauriceau. L'enfant (50,5 cm 3575 gr) naît en asphyxie blanche, mais revient rapidement à lui par des manœuvres de respiration artificielle.

Longueur du cordon 70 cm à insertion centrale.

Délivrance normale. Suite de couches apyrétiques.

OBSERVATION No. 45.

Mme W.-R. 1926/151. Femme de 21 ans, 1e pare. Les antécédents de la malade sont sans particularités. La grossesse a été très bien supportée.

Les douleurs débutent le 3 février 1926 à 15 heures. La femme arrive au Service à 19,50 heures. Au toucher d'entrée on constate un col effacé à dilatation complète. La tête (O.I.G.A) est engagée au Détroit Supérieur, mais encore refoulable. La poche est intacte. On ne sent pas de cordon procident lors de cet examen. On n'arrive pas au promontoire. Mesures pelviennes: 26, 30, 32,5, 19,5. On amène la malade à la salle de travail. A 19,55 heures la poche se rompte spontanément de façon assez brutale. Il s'écoule beaucoup de liquide amniotique. A l'auscultation des bruits du cœur on constate que ceux-ci sont irréguliers, intermittents. On refait aussitôt un examen interne: Dans le fond du vagin on perçoit plusieurs anses du cordon qui battent de façon irrégulière. Pendant qu'un aide retient et repousse la tête fœtale, on se prépare, vu la dilatation complète, à faire la version.

Anesthésie générale à l'éther. Version podalique interne, un peu difficile au début, car la tête est déjà assez profondément engagée dans le bassin. L'extraction par contre se fait sans aucune difficulté.

L'enfant (50 cm 3200 gr) naît un peu asphyctique, mais est rapidement ranimé.

Longueur du cordon 85 cm à insertion centrale.

Délivrance spontanée. Suites de couches sans incidents.

OBSERVATION No. 46.

Mme B.-U. 1926/245. Femme de 33 ans, 3e pare.

La première grossesse s'est terminée par un accouchement pathologique au forceps pour souffrance fœtale. Enfant mort-né. Le deuxième accouchement fut compliqué d'une procidence du cordon, nécessitant une version. Enfant vivant.

Pendant la grossesse actuelle la femme a toujours été bien portante. Début des douleurs le 23 février 1926 à 23 heures. La femme se fait

admettre au Service le 24 février à 1,40 heure. On constate que le col est effacé, à dilatation complète. La poche des eaux est intacte et très saillante. La tête (OIGA) est encore tout à fait mobile au-dessus du Détroit Supérieur. On arrive juste au promotoire. La mensuration du bassin donne les résultats suivants: 24, 27,5, 31, 19,5.

On amène la femme immédiatement à la salle de travail et pendant qu'elle se couche, la poche des eaux se rompt brusquement. Ecoulement abondant de liquide amniotique entraînant une anse du cordon hors de la vulve. Nouvel examen interne qui montre que plusieurs anses se trouvent encore dans le vagin. Les battements du cordon sont très faibles et très irréguliers. On refoule la tête fœtale et l'on s'apprête à faire la version. Narcose à l'éther. On atteint facilement le pied antérieur de l'enfant. L'évolution intra-utérine et l'extraction de l'enfant se font sans aucune peine.

Le cœur de l'enfant (40,5 cm 2800 gr) bat encore près d'une heure ½ après l'accouchement, mais il est impossible, malgré tous les moyens mis en œuvre, de déterminer des mouvements respiratoires.

Longueur du cordon 75 cm à insertion centrale.

Délivrance spontanée. Suites de couches afébriles.

L'autopsie de l'enfant montre que les deux poumons sont remplis de liquide amniotique. Pas d'hémorragie cérébrale ou médullire.

OBSERVATION No. 47.

Mme G.-L. 1926/596. Femme de 28 ans, 1e pare. Pendant les trois premiers mois de la grossesse, la femme a eu des vomissements matutinaux assez fréquents. Pendant le deuxième mois elle a souffert de pyélite et de cystite traitées à domicile.

Début des douleurs le 12 mai 1926 à 11 heures. La femme vient à la clinique à 13,30 heures. On l'examine et l'on constate que le col est effacé, la dilatation de deux francs. La tête (O.I.D.A.) est fixée, la poche est rompue. On n'arrive pas au promontoire, les mensurations pelviennes donnent: 24, 28, 32, 20. Les bruits du cœur fœtal sont bons. On ne constate pas de procidence du cordon, cependant attivement recherchée. Les bruits fœtaux contrôlés de quart d'heure en quart d'heure restent longtemps bons, mais à 16,10 heures, au moment où la femme commence à pousser, il est impossible de les retrouver. A 16,40 heures expulsion spontanée d'un enfant mort-né (53 cm 3750 gr) qui ne présente plus de mouvements cardiaques. Tout essai de le ranimer échoue. On constate l'existence d'une circulaire lâche autour du cou. Une anse de la circulaire est accolée sur la région temporale gauche de l'enfant, qui avait été située en face du pubis de la mère.

Pendant la période de délivrance l'utérus reste flasque et ne présente que de mauvaises contractions. La femme saigne faiblement mais d'une façon continue. On se décide alors à faire l'expression selon Crédé. Le placenta expulsé, l'utérus se contracte bien.

Longueur du cordon 65 cm à insertion marginale.

L'autopsie de l'enfant donne le résultat suivant: aucune trace de Hérédo-syphilis. Quelques tâches de Tardieu sur le péricarde et les plèvres.

Poumons nullement aérés ni déplissés. Pas de malformation, pas de traumatisme. — Suites de couches: simples.

OBSERVATION No. 48.

Mme N.-S. 1926/815. Femme de 35 ans, 5e pare. Les quatre grossesses antérieures ont été bien supportées et se sont terminées par des accouchements normaux à terme. La grossesse actuelle fut également bien supportée.

Début des douleurs le 2 juillet 1926, à 19,30 heures. A l'examen d'entrée (21,30 heures) on trouve le col effacé, la dilatation paume de main. La tête (O.I.G.P.) est engagée au Détroit Supérieur. La poche est intacte. Le promontoire n'est pas accessible, le bassin mesure 24, 28, 32, 21.

La femme a de très fortes douleurs, l'utérus ne se relâchant pas complètement dans l'intervalle des constructions. Vers 22,30 heures les bruits du cœur fœtal sont un peu ralentis. On fait un toucher: col effacé, dilatation complète. La poche est encore intacte, la tête semble fixée au Détroit Supérieur. A travers les membranes on sent le cordon. Pendant le toucher, au moment d'une contraction, la poche des eaux se rompt et il s'en échappe du liquide amniotique fortement teinté de méconium. Il est d'abord impossible de refouler la tête et l'on n'y parvient qu'après avoir profondément narcotisé la parturiente. On réussit alors facilement à abaisser le pied antérieur, puis à faire l'extraction du siège et du tronc. Les bras se dégagent spontanément et la manœuvre de Mauriceau est des plus faciles. L'enfant (50,5 cm 3300 gr) est facilement ranimé.

Longueur du cordon 90 cm à insertion paracentrale.

Le délivrance a lieu spontanément. Suites de couches: normales.

OBSERVATION No. 49.

Mme E.-L. Marguerite 1926/80. Femme de 27 ans, 2e pare. La première grossesse s'est terminée par un accouchement à terme, l'enfant était mort-né par étranglement à la suite d'une double circulaire. Le dégagement de la tête s'était fait spontanément.

La grossesse actuelle s'est passée normalement. Les douleurs débutent le 16 juillet 1926 à midi. La femme arrive au Service à 19,30 heure. Col effacé, dilatation 5 francs. La tête est mobile au-dessus du Détroit Supérieur, la poche est intacte. A côté de la tête on sent une partie procidente qu'on prend pour un bras. Le promontoire est accessible, les mensurations pelviennes sont de 21, 26, 30, 19. Diamètre conjugé vrai 8,5—9 cm.

A 22,30 heures on fait un nouvel examen. Malgré de bonnes douleurs la tête ne s'est pas engagée. Le col est effacé, la dilatation est presque de grande paume de main; la poche est intacte. A côté de la tête mobile on sent les battements du cordon qui fait procidence passant sur le côté droit de la tête. L'enfant semble assez gros. A 22,50 heures la dilatation est presque complète. Les bruits du cœur sont restés bons. Comme à l'accouchement précédent la tête a passé à travers la filière pelvienne, on décide de terminer par une version. Anesthésie générale à l'éther: Après rupture de la poche, on refoule facilement la tête et on fait la version podalique. Extraction du siège, du tronc et dégagement assez facile des deux bras. Il est impossible de faire passer la tête à travers le Détroit Supérieur. Des manœuvres de Walcher répétées échouent. Entretemps l'en-

fant meurt et pour pouvoir extraire la tête, la perforation devient nécessaire. Après perforation du sous-occiput et évidement du crâne, on arrive à l'extraire par la manœuvre de Mauriceau. L'enfant mesure 50 cm et pèse 3400 gr. Le cordon a 85 cm; il est centralement inséré.

Délivrance spontanée. Suites de couches sans incident.

OBSERVATION No. 50.

Mme L.-Sch. Marie 1926/1045. Femme de 32 ans, 2e pare. La première grossesse s'est bien passée et s'est terminée par un accouchement normal à terme. Enfant vivant.

Pendant les dernières semaines de la grossesse actuelle, la femme a présenté des hémorragies répétées et quelques fois assez abondantes. — Le 27 août 1926 15 jours environ avant-terme, à 5 heures elle commence à saigner abondamment et le médecin consulté l'adresse à la clinique. Elle nous arrive le même jour à 15,15 heures, ne saigant pas et dans un état général qui ne semble pas notablement altéré. Le col à encore 1 cm; il est perméable au doigt. La poche est intacte, la tête complètement mobile au dessus du Détroit Supérieur. Le promontoire n'est pas accessible, le bassin mesure 23,5, 27, 31, 20. On ne sont pas de placenta.

A 18,45 heures la femme se met à saigner assez sérieusement. A un nouvel examen, on ne sent toujours pas de placenta; on essaie cependant de rompre la poche des eaux sans y arriver. On fait une anesthésie générale à l'éther et on palpe alors sur le pourtour de l'orifice interne dilaté comme une pièce de 1 franc des masses placentaires. La tête est très loin et à travers la poche des eaux on palpe à gauche une main et du côté droit une autre petite partie qu'on ne parvient pas à identifier. On rompt alors la poche des eaux, tandis qu'un aide cherche à imprimer la tête par des manœuvres externes sur le Détroit Supérieur. Dès la rupture de la poche une anse du cordon, animée de pulsations fait procidence. On la refoule dans la cavité utérine, on va à la recherche d'un pied qu'on trouve facilement et l'on fait la version podalique. Malheureusement le cordon est de nouveau procident. Vu l'état de la mère, qui à la suite de l'hémorragie est assez mauvais, on renonce à toute nouvelle tentative de refoulement et on laisse l'expulsion se faire spontanément. La femme ne saigne plus.

A 22,30 heures de bonnes douleurs s'installent et le 28 août à 1 heure du matin l'expulsion du siège, du tronc et des bras se fait spontanément. Manœuvre de Mauriceau facile.

L'enfant mort-né, prématuré du 10e mois, mesure 48 cm et pèse 2500 gr.

Pendant la période de délivrance la femme ne saigne presque pas et le placenta est expulsé spontanément. Le cordon mesure 35 cm. Il est à insertion marginale sur le bord inférieur du placenta qui, lui-même, était praevia latéral. L'insertion du cordon se trouvait donc tout près de l'orifice interne. — Suites de couches: simples.

OBSERVATION No. 51.

Mme J.-K. 1926/1175. Femme de 24 ans, 1re pare. Rien de spécial a relever dans les antécédents. La grossesse actuelle a été tout à fait normale.

Les douleurs débutent le 4 octobre 1926 à 2 heures et vers 3 heures la femme arrive à la clinique. A l'examen on note un col bourrelet, perméable à deux doigts. La poche est rompue depuis 24 heures. Un siège (S.I.D.A.) complet est mobile sur le Détroit Supérieur. Le promontoire est juste accessible; le bassin mesure 24, 26, 30, 19. Une anse du cordon est procidente et pend hors de la vulve. Elle ne bat plus et on ne trouve pas de bruits du cœur fœtal. Pour éviter l'infection on résèque la partie du cordon qui se trouve au dehors. On décide de laisser évoluer spontanément l'accouchement. A 7,30 heures les douleurs deviennent plus fortes. A 9,30 heures à dilatation de 5 francs, comme le siège est toujours mobile, on fait l'abaissement prophylactique d'un pied, auquel on suspend un poids de 700 grammes.

A 15 heures la femme commence à pousser et à 15,50 heures elle expulse spontanément le siège et le tronc. On fait le dégagement des bras relevés et l'on extrait la tête par la manœuvre de Mauriceau.

Délivrance normale, suites de couches simples.

L'enfant mesure 51 cm et pèse 2900 gr. Le cordon est long de 70 cm.

OBSERVATION No. 52.

Mme F.-H. 1926/1411. Femme de 23 ans, 2e pare. Antécédents sans particularités. La première grossesse s'est terminée par un accouchement normal à terme. L'enfant est vivant.

La grossesse actuelle a été marquée par des vomissements matutinaux assez fréquents pendant les deux premiers mois.

Le 16 décembre 1926, à une heure du matin, la femme perd les eaux sans ressentir aucune douleur. Elle vient à Strasbourg en chemin de fer et en cours de route elle a l'impression que quelque chose sort par la vulve. A l'examen d'entrée, à 10,10 heures, on constate qu'une anse du cordon est procidente hors de la vulve. Le cordon bat encore, mais d'une façon très irrégulière. Le col est effacé, la dilatation pratiquement complète. On palpe une jambe de l'enfant. On décide de faire immédiatement l'extraction. Anesthésie générale à l'éther. On saisit le pied droit. A ce moment l'orifice externe présente une contraction spasmodique autour de la racine de la cuisse droite de l'enfant. Vu que les battements cardiaques de celui-ci sont très faibles et irréguliers, on fait quatres incisions du col. On extrait l'enfant assez difficilement, puisque le spasme persiste malgré l'anesthésie profonde. Dégagement spontané des épaules, manœuvre de Mauriceau. L'enfant (52 cm 3125 gr) est en asphyxie blanche, on perçoit encore quelques battements du cœur, mais malgré tous les moyens employés, l'enfant ne respire plus.

Longueur du cordon 80 cm à insertion latérale.

Délivrance spontanée. Suites de couches: apyrétiques.

OBSERVATION No. 53.

Mme B.-U. 1927/178. Femme de 34 ans, 5e pare. Les deux premières grossesses ont été pathologiques au forceps pour indication fœtale. Les deux enfants sont morts. Le troisième accouchement s'est compliqué d'une pro-

cidence du cordon nécessitant une version. L'enfant vit. Le quatrième accouchement était une position transverse avec procidence du cordon également. Enfant mort-né.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Les douleurs débutent le 13 février 1927 à 7 heures et à 9 heures la femme vient se faire admettre au Service. On trouve un col effacé, perméable pour deux doigts. La poche est intacte, le bassin vide. Le promontoire est accessible, les mesures pelviennes sont de 25, 29, 31, 19,5. L'examen externe permet de constater une position transverse, la tête se trouve dans la fosse iliaque gauche. A 10,30 heures, lors d'un nouvel examen on constate que la dilatation est arrivée à petite paume de main. Derrière les membranes on sent plusieurs anses du cordon battant bien. On laisse évoluer l'accouchement en observant attentivement les bruits du cœur

Vers midi 40 la femme éprouve le besoin de pousser et on se convainct en examinant que la dilatation est pratiquement complète. On décide alors de faire la version. Anesthésie générale à l'éther, on rompt la poche des eaux et on refoule le cordon dans la cavité utérine. On fait facilement l'abaissement du pied droit, supérieur; extraction immédiate du siège et du tronc, abaissement des deux bras, et manœuvre de Mauriceau facile. Enfant de 49 cm et de 2950 gr criant presqu'aussitôt.

Délivrance spontanée, cordon de 65 cm à insertion centrale.

Suites de couches: sans incidents.

OBSERVATION No. 54.

Mlle S. Emilie 1927/191. Femme de 24 ans, 1re pare. Rien de spécial à noter dans les antécédents. La grossesse actuelle a été très bien supportée.

Les douleurs débutent le 16 février 1927 à 19,30 heures. Entrée au service à 22,30 heures. A l'examen on constate que le col est effacé, aux bords encore épais. Il est perméable pour un doigt. La tête est mobile, la poche intacte. On atteint le promontoire, le bassin mesure 23, 28, 31, 19. Pendant la nuit les douleurs restent assez faibles et le lendemain à 7,45 heures on trouve une dilatation de 5 francs. La poche est restée intacte, la tête très haute et mobile est déviée vers la fosse iliaque gauche.

Les douleurs sont assez spastiques. Un nouvel examen à midi indique une dilatation paume de main avec poche intacte; la tête repose maintenant sur le Détroit Supérieur. On ne palpe pas de cordon. A la fin d'une douleur on rompt prudemment la poche des eaux et on laisse le liquide s'écouler lentement; cependant le cordon suit. On maintient la tête au-dessus du Détroit Supérieur pour éviter la compression du cordon qui bat un peu irrégulièrement.

Etant donné que la dilatation est insuffisante, qu'il s'agit d'un bassin rétréci et d'une tête grande, on décide de terminer de suite par la section césarienne basse.

Intervention sous anesthésie générale à l'éther; l'opération se passe normalement. On extrait un enfant vivant long de 51 cm pesant 3050 gr. Le cordon, à insertion centrale, mesure 75 cm.

A part une légère endométrite, les suites de couches sont bonnes.

OBSERVATION No. 55.

Mlle W. Jeanne 1927/194, 2e pare. Femme de 19 ans. La première grossesse s'est terminée par un accouchement normal à terme.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Les douleurs débutent le 18 février 1927 à 23 heures. En arrivant au Service le 19 février à 0,40 h. la femme est déjà à dilatation complète. La poche est intacte et la tête encore mobile au-dessus du Détroit Supérieur en O.I.D.A. Le promontoire n'est pas accessible, les mensurations pelviennes sont de 23, 28, 31, 20. Du côté gauche de la tête deux anses du cordon descendant vers le pôle inférieur de la poche des eaux. Elles battent faiblement mais régulièrement. Le bassin étant normal on décide de terminer immédiatement par la version.

Anesthésie générale à l'éther. De la main droite on rompt la poche des eaux; le liquide amniotique est en quantité nettement anormale (1½ litre environ). On refoule le cordon et on abaisse le pied gauche, antérieur. La version est très facile ainsi que l'extraction. L'enfant (51 cm 3200 gr) respire de suite. La délivrance est normale, le cordon mesure 70 cm, son insertion est centrale. Les suites de couches évoluent normalement.

OBSERVATION No. 56.

Mlle P. Lina 1927/602. Femme de 20 ans, 1e pare. La malade a eu du rachitisme en bas âge; n'a commencé marcher qu'a partir de 4 ans. La grossesse actuelle a été bien supportée.

Les douleurs débutent le 4 juin 1927 à 21 heures. La femme arrive au Service le lendemain matin à 4 heures. A ce moment le col est effacé, perméable au doigt. La tête est mobile, loin au-dessus du Détroit Supérieur, la poche est intacte. Le promontoire est facilement accessible. Le bassin mesure 24, 28, 32, 18,5. La diamètre conjugé vrai est de 8—8½ cm. Les bruits du cœur sont bons.

A 10,45 heures la dilatation est devenue paume de main. La tête est encore très mobile, la poche intacte. On rompt prudemment la poche des eaux. Il se produit en même temps une procidence du cordon qui déjà, à ce moment, ne bat plus. Les bruits fœtaux ne sont plus perceptibles.

A midi la dilatation n'a encore fait aucun progrès. Pendant tout l'après-midi la femme a de bonnes douleurs, mais la tête ne s'engage pas. Dans ces canditions on décide de faire la perforation.

Anesthésie générale à l'éther, perforation du crâne à travers la suture sagitale et évidement de la cavité cranienne. Comme on n'arrive pas à placer la cuillère interne du cranioclaste de Braun, on essaie d'extraire la tête au forceps; mais celui-ci dérape, et l'on préfère recourir à la version, le danger résultant de la perforation du crâne ne semblant pas excessif, parce que les os sont partout couverts de peau et ne présentent pas d'arète vive. Version podalique et extraction sans incident particulier.

Délivrance spontanée, cordon de 60 cm à insertion centrale.

Suites de couches: afébriles.

A l'autopsie de l'enfant (51,5 cm 2875 gr) on trouve des tâches de Tardieu sur le péricarde et la plèvre.

OBSERVATION No. 57.

Mme N.-M. 1927/778. Femme de 41 ans, 11e pare. Les dix grossesses antérieures, dont une était gémellaire, se seraient toujours terminées par des accouchements normaux à terme. A encore 6 enfants vivants La grossesse actuelle a été bien supportée.

Le 24 juillet 1927, à 16 heures, la femme, sans avoir ressenti de douleurs, perd les eaux. En même temps se produit une procidence du cordon. La sage-femme nous adresse immédiatement la parturiente, mais celle-ci n'arrive au Service qu'à 19,15 heures. On constate alors une procidence du cordon qui sort de la vulve. La dilatation est de petite paume. On perçoit une petite partie qui semble être le coude gauche, et le gril costal. Il s'agit donc d'une position transverse. La tête est à droite, le dos en avant. Le cordon ne bat plus et l'on ne perçoit plus de bruits du cœur. La dilatation paraissant suffisante, on décide de faire la version.

Anesthésie générale à l'éther, on abaisse la jambe gauche, antérieure, puis on extrait facilement le siège et le tronc. Abaissement des deux bras, Mauriceau.

La délivrance est normale, les suites de couches sont simples.

Le cordon, à insertion centrale, mesure 100 cm.

L'autopsie de l'enfant (52 cm 3550 gr) révèle l'existence de tâches de Tardieu pleuropéricardiques.

OBSERVATION No. 58.

Mlle L. Marie 1928/373. Femme de 17 ans. 2e pare. Antécédents familiaux et personnels sans particularités. La première grossesse s'est terminée par un accouchement avec présentation du siège décomplété mode des fesses; l'enfant était un monstre anencéphale.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Le 26 mars 1928 la femme se présente à la Consultation prénatale à 16,45 heures disant qu'elle ressent des douleurs. A l'examen interne on constate: col effacé, perméable à deux doigts. Poche rompue. Procidence d'un cordon qui bat. Présentation du siège complet Mesures du bassin 25, 28, 32, 20. On renvoit la malade immédiatement à la salle de Travail. A 17 heures on ne perçoit plus de bruits du cœur fœtal. On refait un toucher; le cordon n'est plus palpable, la dilatation est la même.

On décide en raison de l'abscence des bruits du cœur de ne pas intervenir et de laisser évoluer spontanément l'accouchement aussi longtemps que possible. Celui-ci ne se termine que le lendemain à 9,50 heures par l'expulsion d'un fœtus anencéphale (47 cm 2900 gr).

L'autopsie de l'enfant révèle en outre l'existence de deux reins polykystiques et une sinistroposition du foie.

Délivrance normale. Suites de couches simples.

Cordon long de 60 cm, à insertion paracentrale.

OBSERVATION No. 59.

Mme L.-B. Madeleine, 1928/823. Femme de 26 ans, 2e pare. Premier accouchement pathologique au forceps, enfant vivant.

Depuis le 8e mois de sa grossesse la femme a journellement de fortes

crampes dans le bas-ventre. Elle se fait admettre au Service le 7 juillet 1928, quelques jours avant terme. A l'examen on trouve un col de 1 cm perméable à la pulpe. Le promontoire n'est pas accessible, les mesures pelviennes sont 26, 29, 31, 20. L'enfant est en O.J.G.A. La femme a de fausses douleurs qu'on combat avec de la spasmalgine.

Le 11 juillet 1928 à 8,30 heures la poche se rompt spontanément. Au toucher on note: col ½ cm; perméable au doigt, poche rompue, tête mobile. A 11 heures on examine à nouveau; on trouve un col de ½ cm admettant deux doigts. On sent une anse du cordon, battant bien, au niveau de l'orifice externe. On fait monter immédiatement la femme à la Salle de Travail.

A 11,20 heures les bruits du cœur sont faibles et irréguliers. On décide de débloquer la tête sous anesthésie générale, de refouler les anses et de placer un ballon.

11,35 heures. Sous narcose on dévie facilement la tête à gauche. Une grande partie du cordon emplit le vagin; on essaie de refouler les anses sans y réussir. On n'a pas plus de succès en s'aidant d'un carré de gaze. Deux assistants prennent alors les jambes de la femme sur leurs épaules pour élever le bassin; on réussit à refouler les anses en totalité. On place aisément le ballon qui après remplissage avec 300 cc d'eau tient bien. Traction continue sur le ballon. Immédiatement après l'intervention les bruits du cœur sont encore faibles et assourdis, mais vers 12,15 heures ils sont de nouveau bons et réguliers comme si l'enfant n'avait nullement souffert. A 12,30 heures le ballon est expulsé. Examen interne: le cordon ne bat que faiblement. Un assistant maintient la tête en attendant qu'on se prépare pour faire la version. Celle-ci est très facile, l'extraction du tronc et la manœuvre de Mauriceau sont par contre assez pénibles. L'enfant (50,5 cm 3050 gr) naît en asphyxie blanche et l'on ne parvient pas à le ranimer.

Délivrance normale. Suites afébriles.

Cordon de 50 cm, à insertion paracentrale.

OBSERVATION No. 60.

Mme W.-H. 1928/876. Femme de 34 ans, 3e pare. La première grossesse s'est terminée par un accouchement prématuré du 8e mois, la deuxième par un accouchement normal à terme.

La grossesse actuelle a été bien supportée jusque au 8 juillet 1928; début du 7e mois. Ce jour, au cours d'un effort la femme perd les eaux. Le 19 juillet elle perd également du sang en assez grande abondance et vient se faire admettre au Service. A l'examen on trouve un col de 1½ cm perméable à la pulpe du doigt. Le promontoire n'est pas accessible, le bassin mesure 25, 28, 33, 20. On n'arrive pas jusqu'à la présentation. Les bruits du cœur sont très faibles.

Le 22 juillet 1928 vers 18 heures les douleurs s'installent. Vers 21 h. en faisant un toucher on constate que le col est effacé, dilaté à 2 francs. On sent un pied. Une anse du cordon, animée de pulsations faibles et au nombre de 60 environ par minute, est procidente dans le vagin. Les bruits

du cœur sont très mal perçus. Etant donné la faiblesse et la lenteur de l'action cardiaque, la faible viabilité de l'enfant, prématuré du 7e mois et enfin la rupture prématurée de la poche remontant à quelques jours, on décide de ne pas pratiquer de grosse intervention et de se contenter de faire l'abaissement prophylactique d'un pied qui réussit facilement sous légère anesthésie. A 23,05 heures expulsion spontanée de l'enfant mort. (42 cm 1750 gr.)

Délivrance normale. Suites de couches sans particularités.

Cordon long de 70 cm, à insertion latérale.

OBSERVATION No. 61.

Mme B.-Sch. Cécile 1928/986. Femme de 38 ans, 7e pare. Les six grossesses précédentes se sont toutes terminées par des accouchements normaux à terme. La grossesse actuelle a été bien supporté, toutefois pendant les derniers mois il existait des œdèmes malléolaires et à l'examen des urines on constatait la présence de petites quantités d'albumine. Le 7 août 1928 vers 6 heures du matin la femme perd subitement les eaux. La sage-femme, puis le médecin consulté, constatent une procidence du cordon et conseillent à la femme de se faire hospitaliser. Elle arrive au Service à 11,30 heures disant que les douleurs ont débuté vers 8,30 heures du matin. Une anse du cordon ayant 40 cm de long sort de la vulve; elle présente encore des battements très faibles et très lents. Du méconium épais sort du vagin. Au toucher on constate que le col est effacé, dilaté à grande paume de main. Le bassin est vide et au palper externe on constate que l'enfant se trouve en position transverse. Le bassin mesure: 25, 29, 34, 20,5. Sous narcose on attire le pied antérieur et comme l'enfant suit bien on termine immédiatement par l'extraction du tronc et de la tête. Le cœur de l'enfant (50 cm 3000 gr) bat encore très faiblement, mais on ne parvient pas à le ranimer.

Délivrance sans incidents. Suites de couches simples.

Cordon de 50 cm, à insertion paracentrale.

OBSERVATION No. 62.

Mlle D. Marie 1928/987. Femme de 37 ans, 1e pare. A eu le rachitisme étant enfant.

La grossesse actuelle a été bien supportée. A été examinée à la consultation prénatale où l'on a trouvé un bassin aplati et rétréci: 25, 26, 30, 19. La radio-pelvimétrie d'après Fabre donne 8 cm comme conjugé vrai.

Les douleurs débutent le 17 août 1928 à 6 heures et vers 10 heures la femme entre au Service. Au toucher le promontoire est facilement atteint. Le col est encore long de 1 cm, il est perméable au doigt; la poche est intacte, la tête mobile au-dessus du Détroit Supérieur. Les douleurs sont régulières, de bonne intensité.

A 15 heures le col est effacé, perméable au doigt. La tête est très haute et au-devant d'elle se trouve une colonne liquide importante. Vers 17 heures malgré de bonnes douleurs, la dilatation n'a guère progressé:

la tête reste toujours haute sans contact avec le bassin. Une rupture spontanée de la poche n'est pas à souhaiter, une procidence du cordon étant à redouter. On hésite entre la rupture artificielle et la césarienne d'emblée, étant donné la configuration du bassin. On se décide cependant à rompre la poche; il s'écoule beaucoup de liquide et la cordon se présente immédiatement. La tête se pose bien sur le Détroit. Elle est retenue par un aide au-dessus du bassin jusqu'à ce que les préparatifs pour la césarienne soient terminés. Le cordon bat toujours régulièrement. On opère sous narcose, l'intervention se fait sans incident. On retire un enfant (52 cm 3150 gr) qui naît étonné, mais qu'on arrive à ranimer facilement.

Cordon de 50 cm, à insertion paracentrale.

Les suites opératoires sont parfaitement simples.

OBSERVATION No. 63.

Mme St.-W. Joséphine 1928/1036. Femme de 34 ans, 3e pare. Le premier accouchement a été normal à terme, le deuxième était une présentation de la face avec grand enfant (4050 gr).

La grossesse a été bien supportée, sauf l'existence de palpitations assez violentes et pénibles. Les douleurs débutent le 4 septembre 1928 à 1 heure. Entrée au Service à 4 heures. On trouve le col effacé, dilatation 5 francs. La poche est intacte, la tête, très haute, mobile au-dessus du Détroit Supérieur. On n'arrive pas au promontoire, le bassin mesure: 26, 29, 32, 20. Les contractions utérines sont bonnes et régulières. A 8 heures le col est intacte, la présentation toujours très haute et mobile.

A 10,50 heures on examine à nouveau. La dilatation est complète, la poche est presqu'au contact du plancher. On ne sent pas de cordon dans la poche. La tête est toujours mobile, loin au-dessus du Détroit Supérieur. Rupture avctive de la poche des eaux. Il s'écoule du liquide en abondance et quoiqu'on essaie d'obstruer l'orifice de la poche, le cordon descend devant la tête. On maintient celle-ci pendant qu'on prépare pour une version.

Sous narcose on introduit la main droite. La tête est facilement refoulée; mais on éprouve de la peine à atteindre les pieds; ensuite l'extraction du tronc et l'abaissement des bras se fait assez facilement, par contre la manœuvre de Mauriceau est très difficile en raison de la grande taille de l'enfant (57 cm 4250 gr) qui naît étonné, mais qu'on parvient à ranimer assez rapidement. Il présente une fracture claviculaire bilatérale.

Délivrance normale. — Cordon long de 65 cm, centralement inséré.

La mère a une déchirure totale qu'on suture immédiatement. Les suites de chouches sont apyrétiques, la suture tient bien.

OBSERVATION No. 64.

Mme D.-D. 1928/1278. Femme de 34 ans, 5e pare. Deux grossesses antérieures se sont terminées par des accouchements normaux à terme, les deux autres par des avortements au 3e mois.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Le 5 novembre 1928 vers 5 heures la femme ressent les premières douleurs. Elle vient aussitôt au

Service et on l'examine à 5,40 heures. Col bourrelet perméable pour deux doigts. La poche est intacte. On sent le siège mobile au-dessus du Détroit Supérieur. On n'arrive pas au promontoire. Le bassin mesure: 25, 28, 31, 20. On donne à la femme un lavement, puis un bain. A 6,15 heures au moment où on la met au lit, la poche se rompt spontanément. On refait aussitôt un toucher et l'on constate qu'une anse du cordon qui présente des pulsations régulières fait providence dans le vagin; le col est effacé, dilaté à 5 francs. La présentation est un siège complet en S.J.G.A. Un aide refoule le siège et l'on se prépare à placer un ballon. Mais comme entretemps la dilatation est devenue pratiquement complète, on abaisse les pieds et l'on extrait de suite l'enfant. Le dégagement des bras et la manœuvre de Mauriceau sont faciles. L'enfant (50cm 3250 gr) vient rapidement après qu'on lui a fait un peu de respiration artificielle.

La délivrance se fait spontanément. Cordon de 65 cm à insertion paracentrale. Les suites de couches sont simples.

•

OBSERVATION No. 65.

Mme F.-L. Stéphanie, 1928/1366. Femme de 39 ans, 6e pare. Les cinq accouchements précédents ont été normaux à terme.

La grossesse actuelle s'est passée sans incidents. Les douleurs débutent le 28 novembre 1928 à 1 heure. La femme vient aussitôt se faire admettre. A l'entrée, 1,30 heure, on trouve un col bourrelet perméable pour deux doigts, la tête en O.I.G.A. est mobile au Détroit Supérieur, la poche est intacte. Le promontoire n'est pas accessible, les mensurations pelviennes donnent 25, 29, 33, 20. Les bruits du cœur sont bons, mais vers 3½ heures on ne les perçoit plus. On examine et l'on trouve le col effacé, dilatation grande paume de main. La poche est très saillante, la tête mobile, mais bien appliquée sur le Détroit Supérieur pendant les douleurs. Dans la poche on sent une anse du cordon, aplatie, ne battant plus. Rupture de la poche et écoulement de liquide amniotique fortement teinté de méconium. Comme l'enfant est mort on laisse évouler spontanément l'accouchement. A 5,45 heures expulsion d'un enfant mort-né (52,5 cm 4150 gr).

Délivrance rapide. Cordon long de 75 cm, à insertion paracentrale. Suites de couches sans incident.

OBSERVATION No. 66.

Mme L.-J. 1929/13. Femme de 32 ans, 5e pare. La première grossesse s'est terminée par une fausse-couche du 6e mois, les trois autres par des accouchements normaux à terme.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Les douleurs ont débuté le 3 janvier 1929 à 21 heures. Le 4 janvier au matin la femme fait venir une sage-femme qui, après examen, conseille l'admission à la Clinique.

Entrée au Service le 4 janvier à 9,15 heures. Au toucher on trouve la poche rompue, une dilatation de 5 francs avec présentation d'un siège décompléte, mode des fesses, mobile au Détroit Supérieur. Une anse du cordon, battant bien, est procidente dans le vagin. Le promontoire n'est

pas accessible. Les mesures pelviennes sont 26, 31, 34, 20. On essaie de terminer l'accouchement d'après la méthode de Delmas, mais on ne parvient pas à faire la rachi-anesthésie. Comme entretemps la dilatation est devenue pratiquement complète, et que les bruits fœtaux commencent à être irréguliers, on décide de faire l'extraction.

Sous anesthésie profonde à l'éther on abaisse le pied droit, antérieur, puis le pied gauche et l'on fait l'extraction du tronc. En voulant faire la manœuvre de Mauriceau, on reconnaît que l'orifice externe s'est fortement resserré autour du cou de l'enfant et empêche d'arriver à la bouche. On n'insiste pas trop de crainte d'une rupture utérine et l'on arrête toute manipulation. Le cordon d'ailleurs ne bat plus.

A 11,50 heures la femme expulse l'enfant mort (54 cm 3700 gr). La délivrance se fait facilement. Cordon long de 80 cm, à insertion paracentrale. Les suites des couches sont simples.

OBSERVATION No. 67.

Mme G.-U. 1929/210. Femme de 36 ans, 6e pare au passé obstétrical extrêmement chargé. Les deux premiers accouchements ont été terminés par forceps; les deux enfants sont morts. Au troisième accouchement il y eut une procidence du cordon nécessitant une version. Enfant vivant. Au 4e et 5e accouchement l'enfant se présentait en position transverse avec procidence du cordon. Chaque fois on fit une version qui, la première fois, donnait un enfant mort-né, mais la deuxième fois un enfant vivant.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Les douleurs ont débuté le 22 février 1929 à 1 heure. A 1,30 heure la femme arrive au Service. On constate à l'examen qu'il y a encore ½ cm de col perméable au doigt. La poche est intacte, la tête mobile en O.J.D.A. au-dessus du Détroit Supérieur. On n'arrive pas à sentir le promontoire, les mesures du bassin sont les suivantes: 27,5, 29, 32, 19,5. Les douleurs sont encore très faibles et espacées, mais vers 6 heures elle deviennent fortes et régulières. Nouvel examen interne à 8 heures. La tête est toujours mobile sur le bassin; la dilatation est grande paume. La poche est intacte; à son intérieur on perçoit à droite et en arrière une anse du cordon présentant des battements. Les bruits du cœur sont bons. On prépare tout pour pouvoir faire la version immédiate en cas de rupture spontanée des membranes ou à dilatation complète.

A 9 heures la dilatation est complète. Sous anesthésie générale on rompt la poche avec la main droite, ventrale, on refoule la tête et l'on saisit le pied gauche. La version est facile. On dégage les deux bras. La recherche de la bouche est difficile, la tête s'étant mise en déflexion et le menton s'étant accroché à la symphyse. Au prix de beaucoup de peine on arrive à mettre un doigt dans le coin de la bouche; rotation de la tête et flexion laborieuse. A la naissance l'enfant (52 cm., 3850 gr.) a quelques réflexes respiratoires; le coeur présente 60 pulsations à la minute; mais, malgré tous les soins il bat de plus en plus faiblement et s'arrête complètement au bout de 3/4 d'heures.

Délivrance normale. Suites de couches apyrétiques. Cordon long de 70 cm., à insertion paracentrale.

OBSERVATION No. 68.

Mlle. M. Marie 1929/377. Femme de 22 ans, 1e pare. Les antécédents ne présentent rien de particulier. La grossesse a été bien supportée.

Les douleurs débutent le 3/4/29 à 22 hres. Le 4 Avril à 0,30 hre. la femme entre au Service. A l'examen on trouve le promontoire accessible (mensurations du bassin 26, 28, 30, 18) le col effacé, une dilatation de 6 francs. La poche est intacte et la tête en O. J. G. A. encore tout à fait mobile au-dessus du Détroit Supérieur.

A 0.45 hre. la poche se rompt spontanément. On reexamine aussitôt et l'on trouve une anse du cordon, battant régulièrement à côté de la tête. — Les bruits foetaux sont bons. Comme la dilatation est devenue pratiquement complète on décide de faire immédiatement la version. — Sous narcose profonde on pénètre dans la matrice avec la main gauche ventrale, on refoule la tête et l'on saisit le pied antérieur. On réussit facilement la version, l'extraction du tronc et le dégagement des bras. La Manoeuvre de Mauriceau par contre est très difficile, la tête restant longtemps accrochée. Il faut déployer une grande force pour la dégager. L'enfant (48 cm. 2700 gr.) ne respire pas et malgré tous les efforts on ne parvient pas à la ranimer.

La délivrance se fait sans difficulté. Le cordon, à insertion paracentrale, mesure 50 cm. Les suites de couches sont simples.

OBSERVATION No. 69.

Mme K.-W. 1929/414. Femme de 30 ans, 3e pare. Le premier accouchement s'est terminé par un forceps Tarnier et a donné un enfant vivant. Le deuxième accouchement a nécessité une section césarienne basse, vu que la femme a un bassin généralement rétréci et qu'il s'agissait d'un gros enfant.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Les douleurs ont débuté le 10 Avril 1931 à 17 hres. On examine la malade à 18,30 hres. à son entrée au Service. On trouve le promontoire bien accessible (mensurations du bassin 22, 26, 30, 18). Le col bourrelet perméable à deux doigts, la poche intacte et la tête en O. J. G. A. tout à fait mobile au-dessus du Détroit Supérieur. A 20,45 hres, on fait un nouveau toucher: le col est effacé, dilaté à 5 francs. La tête est haute, déviée vers la fosse iliaque gauche. La poche se tend fortement pendant les contractions utérines. Rupture artificielle de la poche et écoulement de liquide amniotique en grande quantité. La tête se place sur le Détroit Supérieur, mais on sent à droite et en avant d'elle une anse du cordon, animée de battements réguliers. Un aide est chargé de refouler la tête et l'on décide de faire une section césarienne itérative sous anesthésie générale. Elle présente quelques difficultés, le segment étant profond et très étroit. Après incision transversale du péritoine cervical on ne peut le décoller vers le haut. Le feuillet supérieur est intimement fixé au muscle et la dissection conduit immédiatement dans la cavité amniotique; on est donc amené à réaliser une césarienne partiellement corporéale. On extrait un enfant vivant (51 cm. 3600 gr.) On termine par la stérilisation en réséquant une partie

des trompes dont on péritonéalise les bouts utérins. Le cordon mesure 60 cm; son insertion est centrale. Les premiers jours après l'intervention la femme présente de légers signes d'insuffisance hépatique et rénale mais elle s'en remet vite et quitte le Service, guérie, au bout de 17 jours.

OBSERVATION No. 70.

Mlle. Sch. Anne 1929/624. Femme de 30 ans, 1e pare. Les antécédents personnels sont sans particularités. La grossesse actuelle a été bien supportée. Le douleurs débutent le 26 Mai 1929 à 17 hres.; à 20 hres. la femme arrive au Service. A l'examen on constate un col bourrelet, perméable au doigt; la tête est engagée mobile, la poche intacte. On n'arrive pas au promontoire. Les mensurations du bassin donnent: 27, 31, 35, 22. — Les contractions utérines sont bonnes et régulières.

Nouvel examen à 0,40 hre. Col effacé, dilatation de 5 francs. Poche intacte, tête fixée. Pendant les contractions le col durcit un peu. On pratique la rupture artificielle de la poche des eaux; il s'écoule une quantité moyenne de liquide teinté de méconium. Les bruits du coeur sont bons. A 3,45 hres. la femme éprouve des douleurs expulsives. La tête progresse très lentement, la femme poussant mal et n'utilisant guère ses douleurs pourtant bonnes. Vers 4,45 hres. les bruits du coeur, souvent vérifiés et restés bons, ne sont subitement plus perçus. Comme la tête à ce moment est sur le plancher pelvien ou donne 1cc. d'hypophysine, on fait une grande épisiotomie et l'on active l'expulsion par une expression selon Kristeller. Dégagement rapide de la tête et du tronc; en même temps que l'épaule antérieure apparaît une anse du cordon, Il s'élimine une grande quantité de liquide fortement teinté de méconium. L'enfant (56 cm. 4250 gr.) est en syncope blanche; on perçoit encore quelques battements cardiaques, mais malgré tous les soins on ne parvient pas à ranimer l'enfant.

Délivrance normale. Cordon long de 125 cm, à insertion centrale. Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION No. 71.

Mme. Sch.-O. 1929/695. Femme de 34 ans, 4e pare. Le premier accouchement a été terminé par un forceps, les deux autres étaient normaux à terme. En 1920, apres ces trois grossesses, on lui fit une colpopérinéorraphie pour prolapsus génital.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Les douleurs débutent le 12 Juin 1929 à 22,30 hres. A 22,45 hres., la poche des eaux se rompt spontanément et 45 minutes après la femme arrive au Service avec une anse du cordon qui ne bat plus, procidente hors de la vulve. Le col est encore long de 1 cm, dur, dilaté à 5 francs. Dans le col on sent, très haut, un pied. On ne perçoit pas de bruits foetaux. Comme l'enfant est manifestement mort on laisse évoluer l'accouchement sans tenir compte de la procidence et le matin à 3,20 hres. après un abaissement prophylactique du pied, on fait l'extraction d'un enfant mort-né (52 cm. 3250 gr.) qui s'était présenté en siège complet S. J. G. A.

L'enfant présente une légère hydrocéphalie. Le Wassermann de la mère est négatif.

Les mesures pelviennes sont de 25, 28, 33, 20.

Délivrance normale. Cordon de 100 cm à insertion marginale. Les suites de couches sont simples.

OBSERVATION No. 72.

Mme. M.-W. 1929/967. Femme de 24 ans, 1e pare. Les antécédents ne révèlent rien d'anormal. — La grossesse actuelle à été bien supportée.

Les douleurs débutent le 19 Août 1929 à 4 hres. A 6 hres. la femme vient au Service. Au toucher on trouve la dilatation complète, la poche intacte; à son intérieur on perçoit deux pieds et le cordon qui bat régulièrement. Le promontoire n'est pas accessible. Le bassin mesure 25, 29, 35, 20,5. On rompt la poche des eaux ce qui détermine la procidence d'une longue anse du cordon. L'enfant se présente en siège complet, S. J. G. P. On attire le pied gauche et l'on extrait le bassin et le tronc. Les bras se dégagent spontanément. La manoeuvre de Mauriceau est très facile. L'enfant (52 cm. 3990 gr.) crie aussitôt.

La délivrance se fait bien. Cordon long de 60 cm à insertion paracentrale. Les suites de couches sont favorables.

OBSERVATION No. 73.

Mlle. D. Marie 1930/185 3e pare. La femme agée de 26 ans est atteinte de luxation congénitale de la hanche gauche. Le premier accouchement fut terminé par forceps et a donné un enfant vivant, le deuxième accouchement à nécessité une version pour position tranverse; l'enfant est né également vivant.

La grossesse actuelle s'est passée sans incident. La femme arrive au Service le 9-2-30 à 11 h. L'examen d'entrée indique un col bourrelet, perméable pour deux doigts. La poche est intacte, on sent les deux pieds de l'enfant. Le promontoire est accessible. Les mensurations du bassin donnent: 25, 28, 31, 20; une pelvimetrie d'après Fabre, faite pendant la grossesse, montre que le bassin est peu asymétrique, le diamètre ant-postérieur du Détroit Sup. est de 11,5 cm, le diamètre transversal de 13 cm.

Le 9-2 à 11 h. 30 rupture spontanée de la poche. Les bruits foetaux restent bons. Pendant toute la journée la femme n'accuse presque pas de douleurs, cependant en l'examinant le soir à 21 h. on constate que la dilatation à progressé à petite paume. On sent le siège et les deux pieds. Le 10-2 à 4 heures les douleurs s'installent, fortes et régulières. A 8 h. 30 on examine à nouveau. La dilatation est grande paume; on sent dans le vagin les deux pieds, entre lesquels on perçoit le cordon, animé de battements irréguliers. Pour cette raison on décide de faire la grande extraction. Celle-ci est difficile. Les deux bras sont relevés au-dessus de la tête et leur dégagement est laborieux; la manoeuvre de Mauriceau est rendue difficile parceque la bouche est dirigée en avant et à droite de sorte qu'on est obligé d'imprimer une forte rotation à la tête pour amener l'occiput

en avant. En plus le col qui n'est pas complètement dilaté gêne le dégagement de la tête. L'enfant (53 cm, 3050 gr.) a quelques reflexes d'inspiration, puis meurt malgré tous les efforts de respiration artificielle. La délivrance se fait facilement. Le cordon est long de 55 cm, à insertion vélamenteuse. Les suites de couches sont simples.

L'autopsie de l'enfant révèle l'existence d'hémorrhagies cérébrales et médullaires.

OBSERVATION No. 74.

Mlle. F. Marie 1930/236, 1e pare. Femme de 36 ans. Les antécedents ne révèlent rien de particulier sauf l'ablation d'un myome pédiculé dix ans avant la grossesse actuelle. Celle-ci a été marquée par des vomissements fréquents dans sa première moitié. La malade a des varices très développées aux deux membres inférieurs et l'apparition d'ulcères variqueux l'a obligée de rester couchée pendant 3 semaines vers le milieu de la grossesse.

Les douleurs débutent le 19-2-31 à 17 heures. La femme arrive au Service à 19 hres. 15. A l'examen d'entrée on trouve un col effacé perméable à deux doigts. La poche est rompue, la tête engagée mobile en O. J. G. A. au Détroit Supérieur: à gauche et en arrière de la tête on palpe une anse du cordon qui bat bien et qui n'est pas encore comprimée. Il faut dépasser de 4 cm. l'orifice externe pour arriver à cette anse. Les bruits du coeur foetal sont bons. Comme il s'agit d'une vieille primipare qui tient à avoir un enfant vivant on décide d'intervenir par voie haute. Pendant qu'on prépare la salle d'opération et pendant le transport un aide retient la tête que les douleurs tendent à engager. En position couchée on fait une anesthésie rachidienne qui réussit bien. Césarienne basse qui permet d'extraire un enfant vivant (51 cm., 2950 gr.) ayant avalé une assez grande quantité de méconium et qui naît étonné, mais qui revient rapidement après nettoyage de la gorge et de la trachée et respiration artificielle. Les suites opératoires sont marquées par l'apparition d'une phlébite double. La guérison de la plaie opératoire et l'involution utérine se font bien. Cordon de 75 cm. à insertion marginale.

La mensuration des diamètres du bassin avait donné les résultats suivants: 25, 28, 31, 20. Le promontoire n'était pas accessible au toucher.

OBSERVATION No. 75.

Mme. O.-Sch. 1930/352. Femme de 25 ans, 2e pare, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents. La première grossesse s'est terminée par un accouchement normal à terme.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Les douleurs débutent le 23. 2. 30 à 5 heures. A 11 heures la femme arrive au Service. A l'examen on constate qu'elle est extrèmement obèse. — Le toucher indique que le col est effacé, perméable pour 2 doigts. La tête est mobile, la poche intacte. La tête surplombe la symphyse et laisse derrière elle un espace vide; dans celui-ci on ne perçoit pas le promontoire et la mensuration externe du bassin ne donne pas de resultats utilisables, en raison de l'énorme surcharge graisseuse de la femme.

On décide de laisser continuer l'accouchement en surveillant de près les bruits du coeur foetal. Cependant comme les douleurs sont espacées et irregulières et qu'à 16 heures 15 on trouve un état absolument identique à celui constaté à 11 heures, on essaie de terminer par la methode de Delmas. Mais on n'arrive pas à pénétrer avec l'aiguille dans le canal rachidien et dans ces conditions, surtout que la femme désire un enfant vivant, on décide de faire une Césarienne basse. Celle-ci est exécutée en anesthésie générale sans incident.

L'enfant (52 cm., 3600 gr.) crie aussitôt. Cordon de 65 cm. à insertion centrale.

Les suites opératoires sont fébriles, la femme présentant une congestion pulmonaire et un abcès de la paroi abdominale.

OBSERVATION No. 76.

Mme. L.-S. 1930/420, Femme de 36 ans, 3e pare. Les 2 accouchements précédents étaient normaux à terme.

La grossesse actuelle s'est passée normalement. Le 29. 3. 30 à 19 hres. la poche se rompt spontanément sans que la femme n'ait encore perçu des douleurs. A 19,15 heures elle vient se faire admettre au Service. Au toucher on constate qu'il persiste un col long de 2 cm. perméable à 2 doigts. La poche est rompue, la tête est très haute et mobile au-dessus du détroit supérieur; une anse du cordon est procidente dans le vagin; il bat regulièrement. Les bruits du coeur sont bons. Le bassin mesure: 25, 28½, 33, 20. Le promontoire n'est pas accessible.

On met la femme en position de Trendelenburg et l'on essaie, mais vainement, de refouler l'anse procidente derrière la tête. On propose alors à la femme qui l'accepte, de faire une section césarienne basse. En attendant la préparation de la salle d'opération et pendant le transport un aide refoule à l'aide de sa main, introduite dans le vagin, la tête au-dessus du dédroit supérieur.

On opère sous anésthésie générale. L'intervention est simple et exempte d'incidents; on retire un enfant vivant (49 cm., 3100 gr.) Le cordon est long de 65 cm. à insertion centrale.

Les suites opératoires sont mouvementées, la femme présentant une subinvolution utérine, une broncho-pneumonie et une phlébite de la jambe gauche.

OBSERVATION No. 77.

Mme. W.-Sch. Adèle 1930/904. Femme de 33 ans, 3e pare. Les deux grossesses précédentes se sont terminées par des accouchements normaux à terme; les deux enfants sont en vie. La grossesse actuelle n'a rien présenté d'anormal.

Les douleurs ont débuté le 31. 7. 30 à 2 heures du matin. La femme arrive à la Clinique à 4 h. 20. Elle déclare que la poche des eaux s'est rompue pendant le transport à l'hôpital, qui s'est fait en automobile, 10 minutes environ avant l'entrée au Service. On constate dès l'arrivée de

la femme qu'une anse du cordon ayant 15 cm. de long et ne présentant plus de battements est procidente hors de la vulve. L'examen montre que la dilatation est complète, la tête au détroit inférieur; encore pendant qu'on l'examine, la femme a une contraction utérine et expulse l'enfant. (51 cm., 3500 gr.) Celui-ci n'a plus de réflexes, la trachée est obstruée par du méconium. On aspire tout le contenu trachéal, on fait de la respiration artificielle et l'on injecte de la lobéline, mais tous les efforts pour ranimer l'enfant restent vains. La délivrance se fait normalement. Cordon de 55 cm. à insertion marginale. Les suites de couches sont simples.

L'examen de la femme ne révèle aucune lésion organique; les mensurations pelviennes donnent les résultats suivants: 26, 29, 33, 21.

OBSERVATION No. 78.

Mme. F.-K. 1930/918. Femme de 35 ans, 5e pare. Le deuxième accouchement s'était compliqué d'une procidence du cordon, les autres se sont terminés normalement. La grossesse actuelle s'est passée sans incidents.

Les douleurs ont débuté le 4. 8. 30 à 12 heures; la femme entre au Service à 18 h. A l'examen d'entrée on constate que la dilatation est pratiquement complète, la poche encore intacte, la tête mobile en O. J. G. A. au-dessus du Detroit supérieur. Dans la poche on palpe le cordon procident, animé de battements. Les bruits du coeur foetal sont bons. On décide de terminer l'accouchement par la version; on entre dans l'uterus en rompant la poche avec la main gauche, ventrale, on saisit le pied antérieur et l'on parvient facilement à exécuter la version, suivie immédiatement de l'extraction, facile également. L'enfant (51 cm., 3400 gr.) crie presqu'aussitôt. La délivrance se fait sans incident, les suites de couches sont apyrétiques. Cordon de 85 cm. à insertion centrale.

A l'examen de la femme on ne constate aucune lésion organique. Les diamètres pelviens sont les suivants: 24, 29, 33, 20.

OBSERVATION No. 79.

Mme. E.-M. 1930/1207. 3e pare. Femme de trente ans, atteinte de maladie de Parkinson. La malade ne peut fournir, en raison de son état, aucun renseignement sur ses antécédents, ni sur ses grossesses et accouchements précédents. Le 26. 10 30 à 21 h. 30 la femme qui est admise depuis quelques jours à la salle des expectantes ressent les premières douleurs. On la fait monter immédiatement à la salle de travail. On l'examine à 22 h. 25. Le promontoire est juste accessible au doigt. Le col est perméable au doigt; il forme un manchon long de 2 à 3 cm. Il est très mou et dilatable. La poche est intacte, la tête mobile au-dessus du Détroit supérieur. Rupture active de la poche. Ecoulement abondant de liquide clair. La tête vient descendre sur le Détroit supérieur; mais on se rend compte qu'en arrière de la tête une anse du cordon, animée de battements, se trouve placée entre la tête et le bassin. Les douleurs s'installent régulièrement et cherchent à faire s'engager la tête qu'on n'arrive à retenir qu'à grande peine avec la main qu'on a laissée dans le vagin. Sous l'influence des douleurs la dilatation se fait avec une rapidité extrême et bien-

tôt elle atteint les dimensions de petite paume. Les bords restent toujours souples et dilatables, le cordon procident bat.

Désinfection rapide des mains à la teinture d'iode. Sous anesthésie générale on introduit la main droite, ventrale, qui arrive facilement à parfaire la dilatation. On atteint les deux pieds à la fois et en s'aidant de la main extérieure on parvient à retourner assez facilement l'enfant. On fait immédiatement l'extraction. Le dégagement des bras est laborieux. La tête s'engage dans le bassin avec un ressaut net; on la dégage rapidement. L'enfant (51,5 cm., 3600 gr.) crie presqu'aussitôt, il a une fracture du bras gauche.

L'utérus se contracte assez bien; mais au bout de 25 minutes il devient mou et la femme commence à saigner; on fait alors un essai d'expression selon Crédé qui réussit immédiatement. L'hémorragie cesse complètement. — Cordon long de 90 cm., à insertion marginale.

Les suites de couches sont parfaitement simples.

Les diamètres du bassin mesurent: 25, 28, 32, 20,5.

OBSERVATION No. 80.

Mlle. S. Xénia 1930/1331. Femme de 23 ans, 2e pare. Le premier accouchement s'est bien passé. La grossesse actuelle a évolué sans troubles notables.

La femme arrive au Service le 29. 11. 30 à 8 heures. L'examen interne montre que le promontoire est bien accessible. Le col, long de 1 cm., est perméable au doigt. La tête est mobile, le bassin vide, la poche intacte.

Le soir vers 17 heures la femme commence à avoir des douleurs régulières; on l'examine à 20 heures. Le col est effacé, perméable à deux doigts, aux bords épais mais souples. On sent très loin la tête, mobile au Détroit Supérieur. La poche est intacte.

Le 30. 11. 30 à 0 heures 35 la femme éprouve le besoin de pousser. On l'examine. La dilatation est complète. La poche fortement saillante est au Détroit Inférieur, la tête au Détroit Moyen. On sent le cordon à l'intérieur de la poche. Rupture active de la poche, le cordon ne bat plus. La tête est placée avec la suture sagitale dans le diamètre ant-post., la petite fontanelle en avant. Extraction rapide au forceps de Naegele. L'enfant (51 cm, 3050 gr.) naît en asphyxie blanche, mais revient bientôt à lui, grâce à la respiration artificielle.

Délivrance sans incident. Suite de couches des plus simples. Cordon long de 60 cm., à insertion paracentrale.

TABLEAU

des cas de procidence du cordon observé

de 192

No d'ordre	Année	Parité	Antécédents obstétricaux	Bassin	Rupture			Dilatat. au moment du diagnostic	Présentation	Etat de l'enfant	
					artif. ou sponta-née	en deh. ou à la clinique	à quelle dilatat.			à l'entrée au service	au moment du diagnostic
1	1921	VI			spo.	Cl.	?	cpl.	céphalique	bon	bon
2	„	VII			spo.	Cl.	2 frcs	cpl.	céphalique	bon	†
3	„	I		rétréci	spo.	Cl.	?	5 frcs	céphalique	bon	souffrant
4	„	II			spo.	D	?	5 frcs	céphalique	souffrant	souffrant
5	„	II	1 avortemt.		spo.	Cl.	cpl.	cpl.	céphalique	bon	bon
6	„	I		rétréci	spo.	Cl.	cpl.	cpl.	céphalique	bon	bon
7	„	VI			spo.	Cl.	petite pomme	petite pomme	céphalique	bon	bon
8	„	V	3 forceps 1 version	rétréci	art.	Cl.	cpl.	cpl.	céphalique	bon	bon
9	„	X			spo.	D	?	cpl.	transverse	†	†
10	„	X	1 version 1 accouchemt. prémat.		spo.	D	2 dgts	2 dgts	transverse	bon	bon
11	„	III	1 accouchemt. prémat. 1 enf. mort-né	rétréci	spo.	Cl.	2 dgts	2 dgts	céphalique	bon	bon
12	1922	IV	3 enfants mort-nés	rétréci	spo.	Cl.	?	5 frcs	céphalique	bon	bon
13	„	II	1 procid. du cordon avec enf. mort-né	rétréci	=	=	—	2 frcs	céphalique	bon	bon
14	1923	IV	1 forceps		spo.	D	?	1 dgt	céphalique	bon	bon
15	„	I			spo	D	?	cpl.	céphalique	†	†
16	„	VIII	1 avortement		art.	Cl.	cpl.	2 frcs	céphalique	bon	bon
17	„	II			art.	Cl.	? dgts	2 dgts	céphalique	bon	bon
18	„	II			spo.	Cl.	cpl.	cpl.	céphalique	bon	bon
19	„	VI	3 versions 1 avortement	rétréci	spo.	Cl.	cpl.	cpl.	céphalique	bon	bon
20	„	III	1 proc. du cordon 1 posit. transv.	rétréci	spo.	Cl.	1 dgt	cpl.	céphalique	bon	†
21	„	X			art.	Cl.	cpl.	2 dgts	céphalique	bon	bon
22	„	VIII	3 forceps 3 avortements	rétréci	art.	Cl.	cpl.	5 frcs	céphalique	bon	bon
23	„	XVII	7 avortements, 1 grossesse gémellaire		spo.	D	?	cpl.	siège cplt.	bon	bon
24	„	III	1 accouchemt. prémat.		spo.	Cl.	5 frcs	cpl.	siège cplt.	bon	bon

ÉCAPITULATIF

là Clinique d'Accouchements de Strasbourg.

1930

TRAITEMENT	Suites de Couches	Résultat pour l'enfant	Taille et poids de l'enfant	Longueur et insertion du cordon	OBSERVATIONS
Forceps	s. p.	bon	52/3610	75/latérale	
allon. Expression selon Kristeller	s. p.	†	50/3750	65/margin.	*Placenta prævia Le diagnostic de la procidence fut manqué.*
sai de refoulement rforation enfant mort	s. p.	†	56/3400	65/margin.	
sai de refoulement Version xtraction immédiate	s. p.	†	53/3650	62/margin.	
Expression selon Kristeller	s. p.	bon	IIe 43/2000	38/ ?	*Grossesse gémellaire Accouchemt. prématuré du 9e mois Procid. echez le 2e jumeau*
Version Extraction immédiate	légère endométrite	†	54/3750	85/centrale	
Version. Essai 'Extraction immédiate	s. p.	†	50/3000	80/latérale	
refoulement	s. p.	bon	52/3600	60/latérale	
Version	bronchite	†	52/3200	80/latérale	
oul. Ballon. Version xtraction immédiate	s. p.	bon	51/2950	80/margin.	*L'enfant présente une fracture claviculaire*
ect. César. basse	bronchite abcès de la paroi	bon	50/3600	40/margin.	Wassermann : +
ect. César. basse	s. p.	bon	52/3800	55/latérale	
ect. César. basse	s. p.	bon	50·5/3400	60/paracentr.	*même malade que celle de l'observation No 6*
oul. Ballon. Version xtraction immédiate	s. p.	bon	49/3100	75/latérale	
—	s. p.	†	49/2300	60/centrale	*Accouchement prématuré du 8e mois.*
foul. de la poche intacte. Ballon	s. p.	bon	53/3750	60/latérale	
ai de refoul. Version lon Braxton-Hicks	fièvre du 5e jour	bon	39/1400	60/latérale	*Accouch. prémat. du 8e mois Décollement prémat. partiel du plac. normalement inséré.*
—	s. p.	bon	48/2800	90/centrale	*Accouchement prématuré du 8e mois.*
Version xtraction immédiate	s. p.	bon	52/4000	80/latérale	
Perforation le l'enfant mort	s. p.	†	54/3650	65/latérale	*Latérocidence. Le diagnost. de la procidence fut manqué.*
Version xtraction immédiate	s. p.	bon	5 /3150	55/latérale	
Version xtraction immédiate	s. p.	bon	53/3800	85/centrele	
Extraction	s. p.	bon	42/1500	50/latérale	*Accouchement prématuré du 8e mois. Enfant mort le 4e jour de débilité.*
Extraction	s. p.	bon	53/3875	80/centrale	

No d'ordre	Année	Parité	Antécédents obstétricaux	Bassin	Rupture			Dilatat. au moment du diagnostic	Présentation	État de l'enfant	
					artif ou sponta-née	en deh. ou à la clinique	à quelle dilatat.			à l'entrée au Service	au moment du diagnostic
25	1924	IV	1 accouchemt prémat.		art.	Cl.	cpl.	g. p.	siège decpl. mode des pieds	bon	bon
26	„	V	4 avortements		art.	Cl.	cpl.	1 frc.	siege decpl. mode des pieds	bon	bon
27	„	VIII	1 accouchemt. prématuré 2 pos. transv.		spo.	D.	?	2 dgts	transverse	bon	bon
28	„	I			spo.	D.	?	cpl.	siège decpl. mode des pieds	bon	bon
29	„	III	2 avortements		spo.	Cl.	cpl.	cpl.	céphal.	bon	bon
30	„	III	1 accouchemt. prémat.	rétréci	spo	D.	?	2 dgts	céphal.	†	†
31	„	VI	2 avortements		spo.	Cl.	g. p.	g. p.	céphal.	bon	bon
32	„	VII			spo.	D.	?	g. p.	transverse	†	†
33	„	III	2 forceps,		spo.	Cl.	cpl.	cpl.	céphal.	bon	bon
34	„	XIII	1 rétention placentaire partielle		art.	Cl.	5 frcs.	g. p.	céphal.	bon	souffrant
35	1925	I			art.	Cl.	2 dgts.	2 dgts	siège cpl.	souffrant	souffrant
36	„	I			spo.	D.	?	1 dgt	transverse	†	†
37	„	II	1 enfant mort - né	rétréci	art.	Cl.	p. p.	p. p.	céphal.	bon	bon
38	„	VIII	5 fausses-couches		spo.	D.	?	2 dgts	transverse	†	†
39	„	V	1 présentation du siège-Enft. mort - né		spo.	D.	?	cpl.	céphal.	†	†
40	„	II			art.	Cl.	cpl.	g. p.	céphal.	bon	bon
41	„	II			spo. art.	Cl.	cpl. cpl.	cpl. cpl.	transverse transverse	bon bon	bon bon
42	„	VIII	1 avortement		spo.	D.	?	g. p.	siège decpl mode des pieds	bon	souffrant
43	„	I		rétréci	spo.	D.	?	cpl.	céphal.	†	†
44	1926	V			art.	Cl.	cpl.	cpl.	céphal.	bon	bon
45	„	I			spo.	Cl.	cpl.	cpl.	céphal.	bon	souffrant
46	„	III	1 forceps 1 procidence du cordon	rétréci	spo.	Cl.	cpl.	cpl.	céphal.	bon	souffrant
47	„	I			spo.	D.	?	—	céphal.	bon	†
48	„	V			spo.	Cl.	cpl.	cpl.	céphal.	bon	souffrant
49	„	II	1 enfant mort-né (circulaire)	rétréci	art.	Cl.	cpl.	g. p.	céphal.	bon	bon
50	„	II			art.	Cl.	1 frc.	1 frc.	céphal.	bon	bon
51	„	I			spo.	D.	?	2 dgts	siège cpl.	†	†
52	„	II			spo.	D	?	cpl.	siège decpl. mode des pieds	souffrant	souffrant

*) g p. = grande paume
p. p. = petite paume

TRAITEMENT	Suites de Couches	Résultat pour l'enfant	Taille et poids de l'enfant	Longueur et insertion du cordon	Observations
Extraction	s. p	†	46/2100	80/centrale	*Accouchement prémat. du 8e mois.*
Extraction	*légère endométrite*	†	50/2650	?	*Enfant présentant un goître et des pieds bots. Décollemt. manuel du placent. Réact. de Wassermann nég.*
Ballon-Version Extraction	*Endométrite*	†	52/2800	85/latérale	
Extraction	s. p.	bon	52/3750	65 latérale	
ersion pour chacun des enfants	**Pyémie Mort**	bon	36.5 ; 37 / 1150 ; 1200	55-60/latérale	*Grossesse gémellaire Accoucht. prémat du 8e mois Hydram. Procid. d'un bras Enf. morts le 3e j, de débilité*
—	s. p.	†	46/1050	50/vélament	*Accouchemt prémat. du 9e mois.*
Version - Extraction tardive	s. p.	bon	51/3 00	45/latérale	*Hydramnios*
Version - Extraction tardive	s. p.	†	49/2650	55/centrale	
Version - Extraction tardive	s. p.	bon	51/3500	75/centrale	
Ballon - Version	s. p.	†	54/3750	60/latérale	*Placenta prævia*
allon - Extraction	*Fièvre d'un jour*	†	50/2750	70/margin.	
Réduction spontanée Expulsion spontanée Mauriceau	s. p.	†	42/2260	85/margin.	*Accouchemt. prématuré du 8e-9e mois*
Sect. césarienne basse	s. p.	bon	51-5/3750	55/latérale	
Abaissement d'un pied	s. p.	†	40/2200	45/centrale	*Spécificité possible Accouchement prémat. du 8 mois*
—	s, p.	†	48/3050	?	
Version-Extraction	s. p.	bon	54-5/4150	60/latérale	
ersion-Extraction imm. *ersion-Extraction imm.*	**Pyémie,** *Endocardite sept.*	bon	42 40 / 2050 ; 2375	60-60/latérale	*Grossesse gémellaire*
Extraction-Mauriceau	s. p.	bon	51/3450	70/latérale	
Forceps au dehors —	*Fièvre d'un jour*	†	55/3625	70/margin.	
Version-Extraction immédiate	s. p.	bon	50-5/3250	70/centrale	
Version-Extraction immédiate	s. p.	bon	50/32' 0	85/centrale	
Version, Extraction immédiate	s. p.	†	40 5/2800	75/centrale	
	s. p.	†	53/3750	65/margin.	*Latérocidence. Le diagnostic de la procidence fut manqué.*
Version-Extraction immédiate *rsion, Essai d'extraction*	s. p.	bon	50 5/3300	90/paracentrale	
Perforation de la tête dernière	s. p.	†	50/3400	85/centrale	
Essai de refoulement raxton-Hicks, Évolution spontanée	s. p.	†	48/2500	35/margin.	
aissement propbyl. d'un pied Mauriceau	s. p.	†	51/2900	70/centrale	
Incisions du col. Extraction immédiate Mauriceau.	s. p.	†	52/3125	80/latérale	*Placenta prævia Procidence d'un bras*

No d'ordre	Année	Parité	Antécédents obstétricaux	Bassin	Rupture			Dilatat. au moment du diagnostic	Présentation	Etat de l'enfant	
					artif. ou spontanée	en deh. ou à la clinique	à quelle d latat.			à l'entrée au service	au moment du diagnostic
							*	*			
53	1927	V	2 forceps 1proc d cord. 1 pos transverse avec proc. du cord	rétréci	art.	Cl.	cpl.	p. p.	transverse	bon	bon
54	„	I		rétréci	art.	Cl.	g. p.	g. p.	céphal.	bon	bon
55	„	II			art.	Cl.	cpl.	cpl.	céphal.	légèrement souffrant	légèrement souffrant
56	„	I		rétréci	art.	Cl.	g. p.	g. p.	céphal.	bon	†
57	„	XI			spo.	D	?	p. p.	transverse	†	†
58	1928	II	1 présent. du siège: fœtus anencéphale		spo.	D	?	2 dgts	siège cpl.	bon	bon
59	„	II	1 forceps		spo.	Cl.	1 dgt	2 dgts	céphal.	bon	bon
60	„	III	1 accouchem. prématuré du 8e mois		spo.	D	?	2frcs	siège décpl., mode des pieds	bon	souffrant
61	„	VII			spo.	D	?	g. p.	transverse	souffrant	souffrant
62	„	I		rétréci	art.	Cl.	1 dgt	1 dgt	céphal.	bon	bon
63	„	III	1 présentation de la face		art.	Cl.	cpl.	cpl.	céphal.	bon	bon
64	„	V	2 avortements		spo.	Cl.	5 frcs	5 frcs	siège cpl.	bon	bon
65	„	VI			spo.	Cl.	cpl.	g. p.	céphal.	bon	†
66	1929	V	1 avortement		spo.	D	?	5 frcs	siège décpl., mode des fesses	bon	bon
67	„	VI	? forceps 1procid du cordon 2 pos. transv + proc. du cordon		art.	Cl.	cpl.	g. p.	céphal.	bon	bon
68	„	I		rétréci	spo.	Cl.	cpl.	cpl.	céphal.	bon	bon
69	„	III	1 forceps 1 sect. césar.		art.	Cl.	5 frcs	5 frcs	céphal.	bon	bon
70	„	I		bassin spacieux	art.	Cl.	5 frcs	cpl.	céphal.	bon	souffrant
71	„	IV	1 forceps		spo.	D	?	5 frcs	siège cpl.	†	†
72	„	I			art.	Cl.	cpl.	cpl.	siège cpl.	bon	bon
73	1930	III	1 forceps 1 version pour posit. transv.	rétréci	spo.	Cl.	2 dgts	g. p.	siège cpl.	bon	souffrant
74	„	I			spo.	D	?	2 dgts	céphal.	bon	bon
75	„	II			=	=	=	2 dgts	céphal.	bon	bon
76	„	III			spo.	Cl.	?	2 dgts	céphal.	bon	bon
77	„	III			spo.	D	?	cpl.	céphal.	†	†
78	„	V	1 procidence du cordon		art.	Cl.	cpl.	cpl.	céphal.	bon	bon
79	„	III		rétréci	art.	Cl.	2 dgts	2 dgts	céphal.	bon	bon
80	„	II		rétréci	art.	Cl.	cpl.	cpl.	céphal.	bon	souffrant

*) g. p. = grande paume
p. p. = petite paume

TRAITEMENT	Suites de Couches	Résultat pour l'enfant	Taille et poids de l'enfant	Longueur et insertion du cordon	Observations
Version fraction immédiate	s. p.	bon	49/2950	65/centrale	
ét. Césarienne basse	Légère endométrite	bon	51/3 50	75/centrale	
Version fraction immédiate	s. p.	bon	51/3200	70/centrale	
foration enfant mort	s. p.	†	51·5/2875	60/centrale	Le Diagnostic de la procidence fut manqué
Version fraction immédiate	s. p.	†	52/3550	100/centrale	
=	s. p.	†	47/2900	60/paracentr.	Le fœtus était un monstre anencéphale
on. Version. Extraction	s. p.	†	50·5/3050	50/paracentr.	
aissement d'un pied	s. p.	†	42/1750	70/latérale	Accouchement prématuré du 8e mois
rsion. Extr. imméd.	s p.	†	50/30 0	50/paracentr.	
ét. Césarienne basse	s. p.	bon	52/3150	50/paracentr.	
ersion. Extraction	s. p.	bon	57/4250	65/centrale	L'enfant présentait une fracture claviculaire bilatérale
Ectraction	s. p.	bon	50/3250	65/paracentr.	
=	s. p.	†	52·5/4150	75/paracentr.	
Essai de Delmas Extraction	s. p.	†	54/3700	80/paracentr.	
rsion. Extr. imméd.	s. p.	†	52/3850	70/paracentr.	
rsion. Extr. imméd.	s. p.	†	48/2700	50/paracentr.	
tion César. itérat.	s. p.	bon	51/3600	60/centrale	
isiotomie. Expression d'après Kristeller	s. p.	†	56/4250	125/centrale	Latérocidence. Le diagnostic de la procidence fut manqué
aissement d'un pied	s. p.	†	52/3250	100/marginale	
fraction. Mauriceau	s. p.	bon	52/3900	60/paracentr.	
fraction. Mauriceau	s. p.	†	53/3050	55/vélament.	
ét. Césarienne basse	phlébite double	bon	51/2950	75/marginale	La femme présentait des ulcères variqueux pendant la grossesse
ssai de Delmas ét. Césarienne basse	bronchite abcès de la paroi	bon	52/3600	65/centrale	
Essai de reposition tion Césarienne basse	broncho-pneumon. phlébite	bon	49/3100	65/centrale	
=	s. p.	†	51/3500	55/marginale	
sion. Extr. imméd.	s. p.	bon	51/3400	85/centrale	
Version. raction immédiate	s. p.	bon	51·5/3600	90/marginale	La mère est atteinte de maladie de Parkinson L'enfant présente une fracture de l'humérus g
Forceps	s. p.	bon	51/3050	60/paracentr.	

DEUXIÈME PARTIE

FRÉQUENCE DE LA PROCIDENCE DU CORDON.

Les chiffres produits par les auteurs qui ont étudié la procidence du cordon sont extrêmement différents. Nous en citerons quelques-uns à titre d'exemple:

STOLTZ	trouvait	1	procidence sur	53	accouchements
VARNIER	«	1	« «	86	«
GUERIN-VALMALE	«	1	« «	114	«
GOARNISSON	«	1	« «	144	«
HAGENMULLER	«	1	« «	193	«
RIBEMONT-DESSAIGNE	«	1	« «	250	«
HILDEBRAND	«	1	« «	304	«
Mme. LACHAPELLE	«	1	« «	380	«

On pourrait, au premier abord, s'étonner de trouver des écarts aussi importants; mais il faut se rappeler que ces statistiques ont été établies dans des conditions très différentes. Certaines correspondent à la clientèle privée d'une sage-femme ou d'un médecin avec une proportion considérable d'accouchements normaux. D'autres étudient le matériel de Services Cliniques et Hospitaliers où se trouvent réunis un grand nombre de cas pathologiques. D'ailleurs, même en clinique, le matériel observé varie beaucoup d'une contrée à l'autre. Alors que dans certaines régions, et c'est ce qui se passe en Alsace, beaucoup de femmes viennent à la clinique quoique tout laisse prévoir un accouchement normal, ailleurs l'hospitalisation est en règle générale réservée aux cas faisant prévoir ou comportant des complications. Il n'est pas étonnant que dans ces conditions la proportion des anomalies observées puisse beaucoup varier.

Les 80 cas de procidence du cordon observés à la clinique d'accouchements de Strasbourg de 1921—1930 correspondent à un nombre de 12763 accouchements, soit une proportion de

1 procidence sur 160 accouchements. — Ces 80 cas se répartissent de la façon suivante sur les différentes années:

1921	11	cas
1922	2	«
1923	11	«
1924	10	«
1925	9	«
1926	9	«
1927	5	«
1928	8	«
1929	7	«
1930	8	«

Comme le nombre total des accouchements observés a toujours oscillé autour d'une moyenne de 12—1300 par an, on voit que les cas de procidence constatés à la clinique se répartissent d'une façon à peu près uniforme sur toute la période étudiée. Ce n'est qu'en 1922 et en 1927 qu'un écart notable de la moyenne s'est produit. —

CAUSES
DE LA PROCIDENCE DU CORDON.

Normalement au début de l'accouchement le cordon ombilical est logé dans l'excavation qui se trouve entre les bras de l'enfant croisés sur la poitrine et les membres inférieurs repliés. —

Le segment inférieur de l'utérus est de toute part intimement appliqué sur la tête de l'enfant, qui repose sur le Détroit Supérieur. De cette façon celui-ci est presque hermétiquement fermé et toute descente du cordon est rendue impossible. Mais que pour une cause quelconque cette obturation physiologique soit moins parfaite et immédiatement la possibilité d'une descente du cordon en résulte. Peut donc être cause de la procidence tout élément qui entrave la bonne occlusion du Détroit Supérieur par la partie foetale avancée. Nous les étudierons successivement, suivant qu'elles proviennent de l'organisme maternel, de l'enfant et de ses enveloppes ou enfin d'influences extérieures.

Parmi les causes d'origine maternelle il faut d'abord mentionner la MULTIPARITÉ. Chez la primipare la tête commence à s'engager bien avant terme et il est de règle de la trouver fixée dans le bassin au début de l'accouchement. Chez la multipare au contraire, la tête d'habitude reste mobile au-dessus du Détroit Supérieur et souvent jusqu'à un degré de dilatation avancé de l'orifice utérin. En outre le segment inférieur est beaucoup plus flasque chez la multipare que chez la primipare et s'adapte en conséquence moins bien autour de la présentation. Mauvaise accomodation de l'utérus au foetus, tête restant longtemps mobile au Détroit Supérieur, tels sont les facteurs favorisant la production de la procidence chez la multipare.

Toutes les statistiques montrent la prédominance de la procidence chez la multipare.

HECKER	trouve	1	primipare	sur 8	multipares
HILDEBRAND	«	1	«	« 7	«
TARNIER	«	1	«	« 4	«
GOARNISSON	«	1	«	« 4	«
GUERIN-VALMALE	«	1	«	« 2	«

Pour les 80 cas de procidence que nous avons observés il n'y a que 17 primipares. La proportion est donc de 17 primipares pour 63 multipares ce qui fait une primipare pour quatre multipares environ.

Les VICIATIONS PELVIENNES sont parmi les causes les plus importantes pouvant déterminer une procidence du cordon. Comme le rétrécissement du Détroit Supérieur retarde ou empêche l'engagement de la présentation, il persiste longtemps un espace vide entre celle-ci et le segment inférieur. A la faveur de cette accomodation insuffisante, le cordon peut facilement glisser en avant du pôle foetal et la procidence se trouve ainsi constituée. Dans les présentations céphaliques surtout, le bassin rétréci joue le rôle essentiel comme facteur déterminant de la procidence. C'est si vrai que d'après BAISCH la procidence du cordon compliquant une présentation céphalique impose, s'il n'existe pas d'autres causes avérées telles qu'un hydramnios ou un placenta praevia, le diagnostic de bassin rétréci alors même que les mensurations pelviennes externes paraissent normales.

HILDEBRAND trouve un bassin rétréci dans un tiers des cas de procidence du cordon, von WINKEL dans 40 %, PEROSSIER dans 20 % des cas. GOARNISSON sur 48 observations étudiées trouve dix cas de bassins rétrécis. Dans une statistique importante basée sur 57.000 accouchements et comportant 335 procidences, BUSSE trouve 58% de rétrécissements pelviens.

Notre propre matériel comprend 23 cas avec bassin rétréci. Deux fois cette complication était associée à une présentation du siège complet et une fois à une présentation transverse. Tous les autres 20 cas concernent des présentations du sommet. C'est donc dans celles-ci que l'angustie pelvienne joue le rôle capital pour la procidence du cordon. Nos chiffres sont éloquents à ce sujet :

Dans nos 54 cas de présentation céphalique le rétrécissement du bassin se rencontre vingt fois, soit dans 37% des cas.

Dans nos 26 cas de présentation autre que celle du sommet, il se trouve trois fois seulement, soit dans 11,5% des cas.

De même que le bassin rétréci, le bassin anormalement grand peut déterminer une accommodation insuffisante entre le segment inférieur et l'enfant et favoriser ainsi la production d'une procidence. Dans notre observation N° 70 les mesures pelviennes ont été de 27, 31, 35, 22; mais comme en même temps il s'agissait d'un enfant de 4250 gr. il n'y avait pas de disproportion entre tête et bassin et il paraît plus que douteux qu'on puisse incriminer dans ce cas les trop grandes dimensions du bassin comme ayant provoqué la procidence du cordon.

Il faut enfin citer comme cause d'origine maternelle les TUMEURS PRAEVIA, qu'il s'agisse de tumeurs des organes génitaux (kystes, fibromes) ou de tumeurs extra-génitales. Siégeant dans le petit bassin ces tumeurs empêchent l'engagement de la partie foetale première et favorisent ainsi la production d'une procidence. SUSSEROT indique pour les accouchements en cas d'utérus fibromateux 6,8 % de procidences du cordon.

Nous n'avons parmi nos observations de procidence aucune avec tumeur praevia.

Parmi les causes provenant du foetus il faut tout d'abord citer les PRÉSENTATIONS ANORMALES de l'enfant. Aucune présentation ne s'adapte aussi parfaitement à l'entrée du bassin que celle de la tête en complète flexion. Aussi toutes les autres se compliquent-elles bien plus souvent d'une procidence. C'est surtout la présentation transverse qui y prédispose, car dans celle-ci il n'existe aucune partie première à laquelle pourrait s'adapter le segment inférieur. Le danger est surtout grand dans les présentations dorso-postérieures où le cordon repose juste au-dessus de l'orifice interne, et quand la poche vient à se rompre il risque d'être immédiatement entraîné au dehors; même si une épaule s'avance et s'engage au Détroit Supérieur la partie inférieure du muscle utérin ne s'y adapte que très imparfaitement, de sorte que même dans ces conditions la procidence se produit encore très facilement. —

Les présensations du siège prédisposent également à la procidence du cordon. Même le siège complet ne ferme pas très bien le Détroit Supérieur et les présentations décomplétées, mode des fesses et surtout mode des pieds, donnent une occlusion encore bien plus défectueuse. Il n'est donc pas étonnant de trouver un pourcentage important de présentations du siège dans toutes les statistiques de procidence du cordon.

CUNZ indique que 12 % des positions transverses et 5,5 % des présentations du siège s'accompagnent de procidence du cordon, alors que cette complication ne se retrouverait dans la présentation céphalique que dans 1% des cas.

Dans nos observations nous notons sur un total de 80 cas

54 présentations du sommet

16 présentations du siège, dont 9 complets, 6 décomplétés, mode des pieds, 1 décomplété, mode des fesses.

10 présentations transverses.

Nous n'avons pas de cas de présentation de la tête en déflexion. —

On se rendra d'autant mieux compte de la proportion importante de présentations transverses et du siège dans nos cas de procidence, si l'on veut bien se rappeler que sur 80 accouchements on ne compte en moyenne (d'après BUMM) que 2,4 présentations du siège et 0,4 présentations transverses.

Une autre cause d'origine foetale pour la production d'une procidence c'est l'existence d'un HYDRAMNIOS. — L'excès de liquide permet au foetus de flotter librement dans la cavité utérine bien trop grande pour lui sans l'obliger à s'engager au Détroit Supérieur. Le segment inférieur fortement dilaté n'arrive à s'adapter que très imparfaitement à la partie première du foetus; qu'alors la poche vienne à se rompre, le liquide s'écoulera brusquement et en grande abondance, pouvant facilement entraîner le cordon.

La fréquence de l'hydramnios observé en cas de procidence du cordon varie beaucoup d'un auteur à l'autre. Ce fait trouve une explication facile dans la difficulté qu'on a pour apprécier exactement la quantité de liquide amniotique et que d'autre part les limites de l'hydramnios ne peuvent pas être indiquées avec précision. Certains auteurs parleraient déjà d'hydramnios dans des cas qui pour un autre ne comporteraient pas une augmentation pathologique de la quantité du liquide amniotique. —

SCANZONI indique l'existence d'un hydramnios dans 39% de ses cas de procidence du cordon, HUGENBERGER le trouve en 14 %, KOHLER en 1% seulement des cas. Parmi nos propres observations nous trouvons deux fois un hydramnios (obersvations 29, 31), soit dans 2,5% de nos cas.

La TAILLE DE L'ENFANT peut également intervenir pour créer une prédisposition à la production de la procidence du cordon. Si la tête est trop petite le segment ne peut pas s'y adapter hermétiquement et il reste ainsi un espace libre dans lequel peut s'insinuer le cordon. — L'enfant petit jouit aussi d'une plus grande liberté de mouvements à l'intérieur de la cavité utérine qu'un enfant de taille normale. Dans ces conditions une présentation anormale peut se constituer et nous venons de voir combien celle-ci favorise la production d'une procidence. .— Enfin si l'enfant est anormalement développé sa tête éprouve des difficultés pour s'engager et pourra ainsi être à l'origine d'une procidence funiculaire.

Nous avons relevé dans nos observations 5 enfants (No 19, 40, 63, 65, 70) qui pesaient plus de 4000 gr. et dépassaient donc no-

tablement le poids habituel. Mais si on tient compte du fait que parmi nos cas nous comptons une très forte proportion de multipares, le nombre de 5 grands enfants, tout en étant considérable, peut ne pas paraître excessif. Par contre le nombre de 12 enfants en-dessous de 2500 gr. pour un ensemble de 80 cas est certainement anormalement élevé. —

Parmi les causes favorisant la production d'une procidence du cordon on doit noter également la GROSSESSE GEMELLAIRE. L'un des enfants gêne souvent l'engagement de l'autre et provoque ainsi une présentation anormale de l'un ou même de tous les deux enfants. Comme ceux-ci sont en général petits, tout un ensemble de facteurs propices à la procidence du cordon se trouve réuni.

C'est aussi en raison de la taille réduite des ENFANTS PREMATURES que les accouchements avant terme se trouvent souvent compliqués de procidence du cordon.

Dans nos observations nous trouvons 12 accouchements prématurés et 3 grossesses gémellaires. — Dans l'observation No 5 le deuxième enfant seulement, qui était en présentation du sommet, eut une procidence du cordon. — Des deux enfants de l'observation No 29, le premier était en présentation céphalique, le second en position transverse; les deux avaient une procidence du cordon. Enfin dans l'observation No 41 il s'agissait de deux positions transverses compliquées toutes les deux de procidence du cordon.

Dans tous nos cas d'accouchement prématuré ou de grossesse gémellaire, les enfants étaient petits et aucun ne dépassait le poids de 2500 gr.

L'INSERTION BASSE DU PLACENTA est également à considérer comme cause favorisante de la procidence du cordon. Son mécanisme d'action est multiple. Occupant le segment inférieur, le placenta peut gêner considérablement l'engagement de la partie première de l'enfant et provoquer la persistance d'un espace libre entre celle-ci et les parois pelviennes. Une procidence se produira alors d'autant plus facilement que l'insertion basse du placenta comporte comme corollaire l'insertion basse du cordon ombilical qui se trouve de ce fait rapproché de l'orifice utérin. Enfin dans les cas de placenta praevia ou bas situé, on observe souvent la rupture prématurée de la poche. Toutes ces conditions réunies expliquent fort bien la co-existence fréquente du placenta praevia et de la procidence du cordon. Parmi nos cas nous l'avons observée trois fois ce qui donne une proportion de 3,75 %. Dans notre observation No 2 la production de la procidence s'est trouvée particulièrement facilitée du fait que l'insertion du cordon se fai-

sait sur le bord inférieur du placenta, à proximité immédiate de l'orifice interne.

Le pourcentage des insertions basses du placenta dans les cas de procidence du cordon indiqué par les différentes statistiques est en général plus élevé que celui que nous avons trouvé. MAKOWSKI indique 8 fois un placenta praevia sur 85 cas, ce qui lui donne 9,4%.

HAGENMULLER trouve une proportion de 5 insertions basses sur 82 cas, soit 6%. —

Les 48 cas de procidence de GOARNISSON comprennent 4 cas (8,3%) de placenta bas situé. —

Nous pensons que le chiffre relativement bas que nous avons trouvé ne tient pas seulement à un simple hasard, mais aussi au fait que depuis plusieurs années nous faisons presque régulièrement à la clinique la section Césarienne basse en cas de placenta praevia, et ceci dès le début du travail, avant qu'une procidence n'ait eu le temps de se constituer.

Très souvent on cite parmi les causes prédisposant à la procidence l'INSERTION LATERALE ou MARGINALE DU CORDON OMBILICAL ainsi que sa LONGUEUR ANORMALE. Sans vouloir nier complètement le rôle de ces dispositions anatomiques il nous paraît cependant qu'il est bien moins important qu'on ne le dit en général. En effet si l'enfant est en bonne présentation et que le bassin a des dimensions normales, l'accomodation entre la tête et le segment inférieur peut se faire si parfaitement qu'aucune procidence n'est possible. Mais qu'au contraire pour une raison ou une autre le Détroit Supérieur ne soit pas complètement fermé, la procidence pourra facilement se produire même pour un cordon de longueur moyenne et d'insertion normale. On ne peut que souscrire aux conclusions de von WINKEL quand il dit que chaque cordon, à part les cordons anormalement courts, est assez long pour pouvoir constituer une procidence, alors que bien des cordons trops longs ne donnent pas lieu à la procidence.

La PROCIDENCE D'UN MEMBRE favoriserait également celle du cordon. Il est classique de citer la règle de Mme LACHAPELLE, d'après laquelle «la procidence appelle la procidence». Mais si le fait de la descente simultanée d'un membre et du cordon paraît assez fréquent, il ne semble pas que l'interprétation donnée soit la bonne. On admet difficilement, comme le veut par exemple HAGENMULLER, que le membre procident empêche la fermeture complète et régulière vers en-bas, et laisse des espaces libres par lesquels peut se glisser le cordon sous l'impulsion des contractions utérines. Cette explication pourrait paraître satisfaisante, si la fermeture du Détroit Supérieur était obtenue uniquement par le

contact entre la tête foetale et les parois pelviennes; mais en réalité c'est donc le segment inférieur qui, en s'accomodant à la partie première de l'enfant, vient assurer l'occlusion parfaite de l'entrée du bassin et l'on ne voit pas comment cette accomodation pourrait être notablement entravée par la procidence d'un bras. Beaucoup plus logique paraît la conception de BAISCH qui est maintenant partagée par la plupart des auteurs ayant travaillé cette question. Elle insiste sur l'étiologie absolument superposable de la procidence des membres et de celle du cordon. Si l'on rencontre souvent simultanément ces complications, cela tiendrait donc simplement au fait qu'elles se produisent dans des conditions analogues, mais sans que la procidence d'un membre entraîne celle du cordon ou réciproquement. .

Parmi nos cas nous n'avons d'ailleurs eu l'occasion de constater cette co-existence qu'une seule fois (observation 29). Il s'agissait d'une grossesse gémellaire avec hydramnios. Le premier enfant était en présentation du sommet avec procidence à l'intérieur de la poche intacte d'un bras et du cordon. —

Il est connu depuis longtemps que certaines femmes peuvent présenter d'une façon habituelle une procidence du cordon. Cette complication est alors souvent liée à l'existence d'une viciation pelvienne qui intervient chaque fois dans la production de la procidence; mais il y a des cas bien plus obscurs, ou rien ne peut expliquer la récidive observée à chaque accouchement de la descente funiculaire. Nous en trouvons un très bel exemple parmi nos observations (No 67). Il s'agit d'une sixièmepare dont les deux premiers accouchements ont été terminés par des forceps, sans que la femme puisse nous en indiquer le motif. Le troisième accouchement s'est compliqué d'une procidence du cordon, le quatrième et le cinquième étaient des positions transverses avec chaque fois une procidence du cordon également. Cependant dans ce cas les mensurations pelviennes étaient normales, le promontoire n'était pas accessible et la configuration de l'utérus ne comportait aucune anomalie qui aurait pu donner la clef de l'origine de ces complications répétées. — Chez une autre de nos malades (No 53) on notait parmi les antécédents deux applications de forceps, une procidence du cordon avec présentation céphalique et une autre avec position transverse; mais dans ce cas le bassin était nettement rétréci et cette angustie pelvienne avait certainement joué à chaque accouchement le rôle déterminant dans la genèse des complications.

En tout, nous trouvons parmi nos 63 multipares, 6 qui avaient eu une ou plusieurs procidences du cordon lors de leurs accouchements antérieurs, c'est-à-dire près de 10 %.

En dehors des causes de la procidence que nous venons d'énumérer et qui sont d'origine soit maternelle, soit foetale et ovulaire, il convient de mentionner une troisième catégorie : les causes externes. Ce sont des manoeuvres obstétricales : une version, l'abaissement prophylactique d'un pied, le refoulement d'une petite partie, la mise en place d'un ballon. Pendant l'intervention la partie première de l'enfant se trouve momentanément refoulée et il peut arriver qu'à la faveur de cette circonstance le cordon glisse au dehors. On doit donc toujours avoir à l'esprit cette possibilité quand on procède à une telle intervention et il faut non seulement l'éxécuter sans manœuvres violentes et sans accoups, mais encore est-il indispensable de vérifier toujours attentivement les bruits du cœur après chaque opération obstétricale, pour reconnaître immédiatement une souffrance foetale éventuelle et pour prendre sans retard les mesures nécessaires.

INFLUENCE DE LA RUPTURE ACTIVE DE LA POCHE DES EAUX, A PETITE DILATATION, SUR LA PRODUCTION DE LA PROCIDENCE DU CORDON.

A a suite des travaux de KREIS, ayant montré que la poche des eaux, non seulement n'était pas indispensable à la dilatation du col, mais encore que souvent elle formait un obstacle à l'engagement et à l'évolution rapide de l'accouchement, on rompt systématiquement à la clinique d'accouchements de Strasbourg, depuis l'année 1927 les membranes chez toute malade arrivant au Service, à condition qu'elle soit bien en Travail et quelque soit le degré de la dilatation. Un travail du Dr. P. LA HAYE, publié en 1930, à étudié les résultats de cette intervention et il a montré que très souvent elle exerçait une influence des plus favorables sur l'allure des douleurs, sur l'engagement de l'enfant et sur la durée de l'accouchement. Parmi les objections faites à cette méthode, l'une des plus graves c'est le danger de la procidence du cordon qui résulterait de la rupture artificielle de la poche. LA HAYE a déjà examiné cet argument; il nous paraît intéressant de le reprendre rapidement à la lumière de notre matériel statistique.

Une première constatation s'impose à l'examen de nos observations. Loin d'augmenter à partir du moment où la rupture précoce de la poche des eaux a été faite systématiquement dans notre Service, le nombre des procidences du cordon observées dans les années de 1927 à 1930 est inférieur à celui des années précédentes ainsi qu'il résulte de la statistique que nous avons donnée au début de ce travail. Or, il ne paraît pas possible, si la rupture prématurée avait réellement l'influence qu'on veut lui attribuer que 270 ruptures artificielles publiées en 1928 et 491 en 1929 soient restées sans aucune répercussion sur la fréquence de cette complication.

Nous arriverons à la même conclusion en examinant non pas la statistique globale mais les cas de procidence après rupture artificielle à petite dilatation:

Parmi les 80 procidences ou procubitus du cordon que comporte notre statistique 51 procidences se sont produites après rupture *spontanée* de la poche des eaux. Dans deux autres cas de procubitus avec bassin rétréci on est intervenu par section césarienne basse d'emblée à *poche encore intacte.* Dans 15 cas des 27 restants le diagnostic de procubitus du cordon avait été posé *avant la rupture* des membranes qu'on a dans ces cas rompues selon indication classique à dilatation avancée. Enfin nous avons 5 cas où le procubitus n'a pas été constaté avant la rupture active mais où elle fut pratiqué à *dilatation complète ou paume de main.* Ainsi nous pouvons éliminer 73 cas où la rupture artificielle à petite dilatation préconisée par Kreis et employée systématiquement à notre Service n'est pas intervenue comme facteur déterminant de la procidence.

Dans l'espace de 10 ans la procidence du cordon ne s'est donc produite que 7 fois après rupture active de la poche des eaux à petite dilatation. Il est intéressant de voir comment ces cas se répartissent sur les différentes années. Nous avons eu:

1 procidence après rupture active à dilatation de 2 doigts en 1923
1 procidence après rupture active à dilatation de 5 francs en 1924
1 procidence après rupture active à dilatation de 1 franc en 1926
1 procidence après rupture active à dilatation de 1 doigt en 1928
2 procidences après rupture active à dilatation de 5 francs en 1929
1 procidence après rupture active à dilatation de 2 doigts en 1930.

Nous voyons donc que pour le laps de temps allant jusqu'en 1926 et pendant lequel la rupture active à petite dilatation ne fut faite que dans des cas tout à fait exceptionnels avec indication précise, nous trouvons 3 cas de procidence, alors que pour la période partant de 1927 où elle fut faite systématiquement et où la rupture active à petite dilatation a été pratiquée le plus souvent possible nous n'en avons que quatre cas. Peut-on en présence de tels chiffres maintenir l'affirmation que la rupture active à petite dilatation prédispose à la production de la procidence et n'est-il pas bien plus logique d'admettre que dans ces cas-là la descente du cordon s'était déjà produite avant la rupture de la poche sans qu'on ait pu, en raison de la faible dilatation la diagnostiquer. Cette interprétation est d'autant plus plausible que le procubitus du cordon c. à. d. la procidence dans la poche intacte est fréquent par rapport au nombre total des procidences — nous allons le montrer dans

le prochain chapitre —, que son diagnostic est malaisé, surtout à dilatation peu avancée, que dans 3 de nos 4 cas (observations 62, 69, 79) il s'agissait de bassins rétrécis dont l'influence sur la production du procubitus est patente et qu'en fin dans le 4e cas (observation 70) il ne s'agissait pas d'une procidence vraie, mais d'une latérocidence.

Nos constatations viennent donc confirmer en tous points l'argumentation de LA HAYE. C'est précisément a grande dilatation, au moment où la rupture est admise par les classiques, qu'elle peut entraîner une procidence. Avec une poche fortement saillante la rupture provoque facilement un écoulement brutal du liquide qui peut entraîner avec lui le cordon. A faible dilatation l'orifice d'écoulement sera beaucoup plus étroit, la calotte inférieure de la poche beaucoup plus petite, et dans ces conditions de rupture de la poche l'écoulement se fera beaucoup plus doucement, surtout si on prend les précautions suivantes que nous observons toujours à la clinique: on perce la poche au début de la douleur quand l'utérus n'est pas encore fortement contracté. On effectue la rupture près de la lèvre antérieure du col, avec un instrument effilé, produisant un orifice petit. Ainsi on peut facilement régler le débit du liquide et éviter tout échappement brusque.

Les avantages de rupture à dilatation peu avancée sont d'ailleurs si évidents que les classiques eux-mêmes la conseillent en cas d'hydramnios comme traitement prophylactique de la procidence. Il est donc permis de conclure que loin de favoriser la production de la procidence, la rupture active de la poche des eaux semble pouvoir l'éviter en certains cas et que, de toute façon, depuis que nous la pratiquons systématiquement à la clinique, nous n'avons pas eu à constater une augmentation des cas de procidence du cordon.

DIAGNOSTIC DE LA PROCIDENCE DU CORDON.

On considère généralement que le diagnostic de la procidence du cordon est facile. BAISCH dans le traité de DOEDERLEIN écrit qu'on ne peut pas le manquer si l'examen interne est soigneusement fait. Il nous semble que cette affirmation est excessive et comporte des réserves sérieuses. Il est vrai que si le cordon est procident hors de la vulve le diagnostic est évident, et même en cas de procidence d'une anse suffisamment longue à l'intérieur du vagin, on ne rencontrera pas de difficultés pour la reconnaître.

Si dans le cas de procidence d'une anse longue à poche rompue le diagnostic est donc effectivement assez facile, il peut en être tout autrement en cas de procidence dans la poche intacte, désignée couramment sous le terme de procubitus du cordon. A travers les membranes intactes, surtout si elles sont épaisses et fortement tendues, le cordon très souvent n'apparaît pas avec son aspect caractéristique, mais donne simplement l'impression d'un épaississement ou d'une irrégularité de la poche. Les battements peuvent être très difficilement perceptibles à travers les membranes car en glissant au-devant du doigt explorateur le cordon peut échapper à un examen précis. On peut aussi le confondre avec une insertion vélamenteuse du cordon; mais dans ce cas les battements artériels seraient toujours perçus au même endroit, tandis que le cordon procident à l'intérieur de la poche intacte est très mobile et peut être facilement déplacé.

Quand on soupçonne l'existence d'une procidence il faudra s'efforcer de saisir le cordon entre deux doigts: quand cette manœuvre réussit elle permet d'habitude de reconnaître le cordon; mais elle n'est pas toujours possible et le diagnostic peut alors rester longtemps hésitant, sinon tout à fait impossible.

Le procubitus du cordon est certainement plus fréquent qu'on ne l'admet en général. Sur les 54 femmes qui sont arrivées à la clinique avec la poche des eaux intacte, 18 fois c'est-à-dire dans

exactement le tiers des cas, nous avons pu constater la procidence avant la rupture de la poche; il est permis de supposer que dans un certain nombre des cas qui sont venus à la clinique avec les membranes déjà rompues il s'était également agi de procubitus du cordon. Enfin eu égard aux difficultés que comporte le diagnostic du procubitus, il est plus que probable que même parmi les cas où la procidence n'avait été reconnue qu'après la rupture de la poche, elle avait cependant préexisté, mais n'avait pu être reconnue.

Bien plus difficile encore et dans la plupart des cas tout à fait impossible sera le diagnostic dans les cas que BUDIN a individualisés sous le nom de latérocidences et dont il donne la description suivante: Dans certains cas le cordon ne tombe pas à proprement parler au-devant de la tête, mais il se place à côté d'elle, il reste entre la présentation et les parois pelviennes, il y a latérocidence. Lorsque les membranes sont rompues et le liquide amniotique écoulé, le cordon, sous l'influence des contractions utérines, est exactement appliqué sur le corps de l'enfant; au bout d'un certain temps la tige funiculaire lisse, glissante, se trouve chassée entre la partie foetale et la paroi de la matrice, elle est pour ainsi dire exprimée; de là le nom d'«expression du cordon» employé par Matthews DUNCAN. La présence de circulaires lâches autour du cou (Mme HENRY) favoriserait la production de la latérocidence. Si la compression dure un certain temps, l'enfant succombe et à aucun moment cependant la tige funiculaire n'est accessible par le toucher.

On conçoit que dans ces conditions le diagnostic de la latérocidence sera souvent manqué. L'irrégularité et la disparition des bruits du cœur, la perte abondante de méconium, traduiront bien la souffrance du foetus; mais comme le toucher ne fournira dans la majorité des cas aucun renseignement, on en sera réduit à des hypothèses pour en expliquer la cause et ce ne sera que l'expulsion simultanée de la tête et du cordon qui donnera rétrospectivement la solution de l'énigme. C'est ce qui est arrivé dans tous les cas de latérocidence qui se trouvent parmi nos observations. Dans le cas No 20 les bruits du cœur cessent brusquement en pleine période de dilatation. On ne constate cependant au toucher aucune anomalie jusqu'à ce que la dilatation soit complète. A ce moment on perçoit alors une anse du cordon ne descendant pas au-devant de la présentation et comprimée entre la tête et la symphyse. — Dans l'observation 47 c'est au début de la période d'expulsion que les bruits du cœur ne sont plus perçus. A la naissance de l'enfant on trouve autour du cou une circulaire lâche dont un segment est accolé à la région temporale du foetus. Dans

ce cas étaient donc réalisées exactement les dispositions anatomiques qui, pour Mme HENRY, favoriseraient grandement la production de la latérocidence. Enfin dans le cas No 70, ce n'est qu'au moment où la tête prenait contact avec le plancher pelvien que se produisit la souffrance foetale. Ce fait trouvait son explication à l'expulsion de l'enfant malheureusement déjà mort. Le cordon se trouvait contre l'épaule antérieure et ce n'est qu'au moment où celle-ci s'était engagée dans le bassin que la compression et l'asphyxie consécutive avaient dû se produire.

Le diagnostic dans les cas de procidence comporte enfin une dernière difficulté. Il ne suffit pas en effet d'avoir reconnu la procidence, il faut aussi se rendre compte si l'enfant est encore ou non en vie, car toute la conduite à tenir dépend de cette constatation. Si le cordon présente des pulsations, il n'y a pas d'hésitation possible; c'est un signe préremptoire de la vie de l'enfant. Mais par contre l'absence de battements funiculaires est loin de signifier nécessairement mort du fœtus. D'après PACHON la disparition des battements en cas de compression n'implique pas fatalement un arrêt complet du cours du sang, mais peut provenir d'une uniformisation du débit dûe à l'amortissement de l'onde pulsatile. En outre on sait que même après arrêt complet de la circulation fœto-placentaire l'enfant peut continuer à vivre 6 à 8 minutes. Aussi dans tous les cas d'absence de battements funiculaires, faudra-t-il rechercher avec le plus grand soin les bruits du cœur fœtal. Mais alors même que ceux-ci feraient défaut, il serait prématuré d'admettre avec certitude la mort de l'enfant.

BALARD, CATTANEO, BERMANN, POUJET et HOUEL ont décrit des cas de procidence du cordon avec disparition des pulsations funiculaires et des bruits du cœur fœtal et donnant cependant naissance à des enfants vivants. GABASTOU rapporte une observation particulièrement intéressante: Il s'agissait d'une présentation du siège, mode des fesses, profondément enagagée, s'accompagnant de procidence du cordon avec absence de battements funiculaires et de bruits du cœur fœtal. Ne pouvant ni abaisser un pied ni faire de traction inguinale et pensant que le fœtus était mort, l'auteur fractura le fémur et put abaisser un pied. Longtemps après l'accouchement et la délivrance, on s'aperçut que l'enfant présentait quelques battements épigastriques. L'enfant put être ranimé.

Il est indispensable de connaître ces faits, car autrement on pourrait être amené à faire des interventions mutilantes à mauvais escient et à sacrifier des enfants encore vivants.

LE TRAITEMENT DE LA PROCIDENCE DU CORDON ET SES RÉSULTATS.

La procidence du cordon ombilical n'est pas un obstacle à l'accouchement spontané et elle ne met pas directement en danger la vie de la mère. Elle nécessite cependant d'une façon inéluctable une intervention obstétricale parce que, abandonnée à elle-même, elle entraîne, sauf des cas tout à fait exceptionnels et dont il n'y a pas lieu de tenir compte ici, la mort de l'enfant. En effet, plus ou moins rapidement, la progression de la partie première entraînera une compression du cordon procident qui, en interrompant la circulation entre la mère et le fœtus entraîne l'asphyxie et la mort de ce dernier. C'est du moins l'avis de la quasi-totalité des accoucheurs. Il est vrai que Marcel METZGER n'admet pas la théorie de la mort du fœtus par la compression des vaisseaux funiculaires et qu'il l'attribue au contraire au dessèchement du cordon. Celui-ci, pour vivre et pour permettre une circulation normale dans ses vaisseaux, aurait besoin de baigner dans le liquide amniotique; procident au-dehors, exposé au froid et privé de l'humidité nécessaire, il se flétrirait avec ses vaisseaux et ainsi se trouverait entravée la circulation entre mère et enfant. METZGER recommande en conséquence le traitement de la procidence par des irrigations vaginales chaudes qui permettraient au cordon, en le replaçant dans des conditions favorables, d'assurer d'une façon normale les échanges nécessaires à la vie de l'enfant. Mais cette conception, en contradiction avec trop de faits d'expérience courante, n'a pas prévalu. C'est bien la compression qu'il faut considérer comme le gros danger en cas de procidence; c'est elle qu'il faudra éviter ou combattre, pour protéger utilement la vie de l'enfant.

Des méthodes fort nombreuses ont été employées pour le traitement de la procidenc du cordon. Aussi serons-nous amené à étudier séparément les résultats pour chacune d'entre elles. Mais auparavant nous donnerons quelques indications sur notre mortalité globale et sur celle dans les différentes présentations de l'enfant.

Sur les 80 procidences du cordon qui forment notre matériel, 39 se sont terminées par la mort de l'enfant, ce qui équivaut à une mortalité de 48,75%. Douze enfants étaient déjà morts au moment où la mère se fit admettre au service et échappaient à notre traitement. Nous n'aurons donc pas à tenir compte de ces 12 cas pour l'appréciation de nos résultats, qui doit au contraire uniquement se rapporter aux 68 autres cas arrivés à la clinique avec enfant vivant. De ces 68 accouchements 27 ont donné naissance à des enfants mort-nés. La mortalité des cas traités s'établit donc à 39,7%.

Les RESULTATS POUR LA MERE ont en général été satisfaisants. Dans 66 de nos cas (82,5%) les suites de couches ont été tout à fait simples et apyrétiques. Trois fois nous notons l'existence d'une fièvre d'un jour (observations 17, 35, 43), 4 cas se sont compliqués d'une légère endométrite (observations 6, 26, 27, 54). Une de nos malades (observation 9) eut des suites de couches fébriles à la suite d'une bronchite dont elle soffrait déjà lors de son admission. Deux femmes traitées par la section Césarienne firent des abcès de la paroi (observations 11, 75). Deux fois, à la suite de section Césarienne également, des phlébites des membres inférieurs se sont produites (observations 74, 76). La deuxième de ces malades fit également une bronchopneumonie. Enfin nous avons à déplorer deux cas d'infection puerpérale grave: dans l'observation No 41 il s'agissait d'une grossesse gémellaire avec position transverse et procidence du cordon de chacun des enfants qui après version furent extraits vivants tous les deux. Le placenta fut exprimé par la manœuvre de Crédé. Après avoir été en bon état général pendant quelques jours, la malade se remit à saigner et le 11ème jour on fut obligé de faire une révision tardive de la cavité utérine qui ramena des débris placentaires importants. A la suite de cette intervention se développa une pyémie avec endocardite septique. Heureusement la malade se remit cependant au bout de plusieurs mois. Il est permis d'attribuer dans ce cas l'infection non pas à l'intervention faite pour la procidence du cordon, mais à la rétention placentaire méconnue et à la révision tardive de la cavité utérine qu'elle rendit nécessaire. — L'observation No 29 concerne également une grossesse gémellaire. Le premier enfant était en présentation céphalique avec procidence d'un bras et du cordon. Le second était en position transverse. On fit une version pour chacun des enfants qui étaient retirés vivants. La délivrance fut spontanée et rapide. Le 8ème jour du post-partum une phlébite suppurée des veines para-métranes se déclara. Une pyémie avec empyème et abcès pulmonaire s'en suivit et 4 semaines après l'accouchement, la malade succomba sans qu'on ait jamais pu éclaircir les causes de cette infection mortelle.

Ayant ainsi donné nos résultats d'ensemble tant pour la mère que pour l'enfant, nous envisagerons la MORTALITE FOETALE DANS LES DIFFERENTES PRESENTATIONS.

Parmi les 68 cas qui nous intéressent nous avons compté 5 POSITIONS TRANSVERSES; 3 nous ont donné des enfants vivants, tandis que deux enfants étaient mort-nés, soit une mortalité de 40%. Dans les 3 cas avec enfant vivant, deux fois la poche a été rompue à dilatation complète, permettant une version et extraction immédiate. Le 3ème cas ayant présenté une rupture de la poche à dilatation de deux doigts, nécessitait la mise en place d'un ballon. La version et l'extraction furent exécutées à dilatation complète. — Dans les cas qui se sont terminés par la mort de l'enfant une fois (observation 61) la poche s'est rompue à dilatation grande paume de main. L'enfant donnait déjà à ce moment des signes nets de souffrance; on intervint par la version et l'extraction immédiate. Dans le second cas (observation 27) on plaça un ballon après rupture de la poche à dilatation de deux doigts. A l'expulsion du ballon, l'enfant était déjà mort; pour le dégager on fit la version et l'extraction par le siège.

Nous avons eu à traiter 14 cas de PRESENTATION DU SIEGE dont 7 sièges complets, 6 sièges décomplétés, mode des pieds, et 1 siège décomplété, mode des fesses. Nous n'avons obtenu un enfant vivant que 6 fois; 4 fois en cas de siège complet, et deux fois dans un siège décomplété mode des pieds. Tous cas 6 cas ont été traités par la simple extraction avec dégagement de la tête à l'aide de la manœuvre de Mauriceau.

Voilà comment se décomposent les 8 cas avec enfants mort-nés (mortalité 57%):

Dans notre observation 60 nous nous sommes trouvé en présence d'un enfant prématuré, déjà souffrant au moment de la rupture de la poche; il ne paraissait pas justifié dans ce cas d'entreprendre une grande intervention et l'on se contenta de pratiquer l'abaissement d'un pied.

La malade de l'observation 58 se trouvait à la salle des expectantes quand se produisit la rupture de la poche. Lorsqu'elle entra à la Salle de Travail les bruits du cœur déjà n'étaient plus perceptibles.

Dans le cas 52, au moment où le diagnostic de procidence fut posé la dilatation paraissait pratiquement complète et comme les bruits devenaient irréguliers on voulait faire l'extraction. Il se produisit un spasme du col qui nécessita des incisions; mais avant le dégagement de la tête l'enfant avait cessé de vivre.

Dans l'observation No 35 le diagnostic fut pose à dilatation de deux doigts. Comme le siège commençait à s'engager et à comprimer le cordon, on essaya de placer un ballon, mais les manœuvres de réduction du cordon furent si difficiles qu'elles entraînèrent la mort de l'enfant.

Le cas No 73 était marqué par la co-existence avec lá procidence du cordon d'un rétrécissement accusé du bassin. Comme en outre la bouche de l'enfant était tournée en avant, le dégagement de la tête fut très difficile. L'enfant naquit en asphyxie blanche et l'on ne parvint pas à le ranimer.

Dans le cas No 68 le diagnostic fut posé à dilatation de 5 francs. Vu que le cordon semblait menacé de compression, on essaya d'appliquer la méthode de DELMAS; mais on ne parvint pas à faire la ponction rachidienne. Entre temps la dilatation était devenue pratiquement complète; mais au moment de l'extraction il se produisit un spasme autour du cou de l'enfant entraînant sa mort.

Enfin dans les deux observations 25 et 26 l'extraction faite chaque fois à dilatation complète était tout à fait facile et cependant les deux enfants naquirent en asphyxie blanche qu'on n'arrivait pas à combattre efficacement. Dans le premier de ces cas il s'agissait d'un enfant prématuré du 9e mois; dans le second l'enfant présentait un goître et des pieds bots et il est permis de supposer qu'il eut encore d'autres malformations internes qui pourraient expliquer sa mort.

Il nous reste maintenant à étudier les cas avec PRESENTATION CEPHALIQUE; ils sont au nombre de 49, dont 17 se sont terminés par la naissance d'enfants mort-nés, soit une mortalité de 34,7%.

Dans les cas couronnés de succès on avait fait 14 fois la version podalique suivie de l'extraction de l'enfant. 10 fois on est intervenu par la section Césarienne basse; 3 fois la tête fut suffisamment engagée pour qu'on puisse appliquer un forceps (observations 1, 80), ou même faire après épisiotomie l'expression selon KRISTELLER (observation 5). Deux fois après refoulement du cordon on plaça un ballon et à dilatation suffisante on fit la version et l'extraction (observation 14, 16). Une fois le refoulement seul suffit pour obtenir un enfant vivant (observation 8). Dans un cas d'accouchement prématuré du 8e mois, avec décollement prématuré partiel du placenta normalement inséré, on fit, à dilatation de deux doigts, la version selon BRAXTON-HICKS (observation 17). Enfin l'observation 18 est un exemple des cas exceptionnels où la

période d'expulsion est tellement courte que malgré une procidence du cordon, et sans qu'on intervienne, l'enfant peut naître vivant.

En examinant les causes de la mortalité foetale, dans nos cas de présentation céphalique, nous trouvons d'abord 6 cas où le diagnostic ne fut posé qu'après la mort de l'enfant. 4 fois il s'agissait d'une latérocidence (observation 2, 20, 47, 70) et 2 fois d'une procidence du cordon dans la poche intacte (observation 56, 65). Nous avons déjà rendu attentif aux difficultés que le diagnostic peut comporter en pareil cas et nous n'avons donc pas à y revenir ici.

Dans l'observation No 3, à dilatation de 5 francs, et sous anesthésie à l'éther, on essaya vainement de refouler le cordon procident et pendant l'intervention les pulsations funiculaires et les bruits du cœur disparurent.

Dans le cas No 50, il s'agissait d'un placenta praevia avec cordon procident. A petite dilatation on essaya de refouler le cordon et de faire la version; mais après abaissement d'un pied, la procidence persistait et l'état de la mère ne permettait pas d'entreprendre un nouvel essai de réduction.

L'observation No 4 donne un autre exemple d'essai infructueux de réduction du cordon à dilatation de 5 francs. Pendant la durée de ces manœuvres la dilatation était devenue pratiquement complète et l'on put faire la version suivie de l'extraction immédiate. Cependant l'enfant n'avait pu résister à cette longue intervention et naquit en asphyxie blanche qu'on ne parvint pas à enrayer.

Chez la malade No 59 on diagnostiquait la procidence à dilatation de 2 francs. On eut beaucoup de peine à refouler le cordon et à placer un ballon. Quand ce dernier fut expulsé les battements funiculaires étaient déjà très faibles et la version exécutée aussitôt et assez difficile, ramena un enfant mort.

Dans le cas No 34 on avait placé un ballon à dilatation de 5 francs à cause de l'existence d'un placenta praevia. Au moment de l'expulsion du ballon la dilatation était pratiquement complète et on constatait à ce moment l'existence d'une procidence du cordon qui ne battait plus que faiblement. On fit la version; au moment du passage du cou il se produisit un spasme du col qui empêcha l'extraction de la tête.

Les 6 derniers cas ont été tous terminés par la version. Dans l'observation 6 l'extraction de la tête fut très difficile, l'enfant naquit vivant mais mourait au bout de quelques heures. L'autopsie révéla l'existence d'une hémorragie cérébrale. Dans le cas No 7 on découvrit la procidence à dilatation de paume de main. Comme les battements à ce moment étaient déjà assez faibles, on tenta la

version et l'extraction immédiate; mais au moment du passage du tronc, il se produisit un spasme violent du col empêchant de le dégager. Dans l'observation 46 la procidence fut reconnue à dilatation complète; le cordon ne battait plus que faiblement et quoique la version et l'extraction fussent tout à fait faciles, l'enfant naquit en asphyxie blanche et on ne parvenait pas à le ranimer. La version dans le cas No 49 fut assez facile; mais au moment de l'extraction on constatait qu'il était impossible de faire passer la tête à travers la filière pelvienne et l'on fut obligé de faire la perforation de la tête dernière. La même complication se produisit dans les deux observations 67 et 68. La version faite à dilatation complète réussit facilement, mais l'extraction de la tête présentait chaque fois de grosses difficultés à cause du rétrécissement du bassin. On ne parvint à la faire passer qu'en déployant beaucoup de force et chaque fois on sortit un enfant mourant.

En résumant l'ensemble de nos observations, nous voyons donc que nous avons employé des METHODES DE TRAITEMENT très différentes. Deux fois nous avons terminé l'accouchement par un forceps, et deux fois par une épisiotomie avec expression selon KRISTELLER. 3 fois la thérapeutique s'est réduite à des essais de refoulement. Dans 6 cas nous avons placé un ballon et terminé ensuite par la version. 11 fois dans des présentations du siège, nous avons fait la grande extraction. Un cas, compliqué de décollement prématuré partiel du placenta normalement inséré, nécessita la version selon BRAXTON-HICKS. Chez 23 de nos malades nous avons fait la version podalique avec extraction immédiate ou tardive de l'enfant. Deux fois nous avons essayé, il est vrai sans succès, d'appliquer la méthode de DELMAS. Enfin 10 de nos malades ont été accouchées par la section Césarienne basse.

Nous allons jeter un rapide coup d'œil sur les résultats donnés par chacune de ces méthodes et nous essayerons d'en déduire des conclusions pour la conduite à tenir à l'avenir.

Les deux cas traités par FORCEPS ont donné tous les deux un enfant vivant. Ce fait n'a rien d'étonnant. La compression venait de se produire au moment où le diagnostic était posé; la tête était déjà bien fixée dans le bassin et se présentait dans des conditions favorables pour l'application du forceps; on pouvait donc retirer l'enfant rapidement de sa situation dangereuse et en lui faisant de la respiration artificielle on enrayait facilement les signes de l'asphyxie débutante.

Nous avons eu un résultat aussi favorable dans l'un des cas traités par EPISIOTOMIE et EXPRESSION SELON KIRSTEL-

LER; mais dans le deuxième, au moment du diagnostic, l'enfant avait déjà tellement souffert qu'on ne parvint plus, malgré un dégagement rapide, à le ranimer.

Les procidences traitées par le REFOULEMENT DU CORDON nous ont donné des résutats franchement mauvais. Une seule fois nous avons eu un enfant vivant; encore dans ce cas (observation 8) la réduction s'était-elle faite pour ainsi dire toute seule pendant qu'on se préparait pour faire la Section Césarienne. Mais dans les deux autres cas (observation 3 et 35) la réduction avait été très difficile et pour la réussir on n'avait pu, malgré tous les soins, éviter complètement de traumatiser le cordon: aussi dans ces deux cas les enfants sont-ils morts avant même que les manœuvres de réduction fussent terminées.

Dans les 6 observations où nous avons essayé de placer un BALLON pour pouvoir faire la version à dilatation avancée, nous avons également à déplorer une mortalité infantile de 50%, 3 enfants sur 6 ayant succombé.

Dans l'observation 27 on fut obligé de placer 2 ballons, le premier s'étant déchiré; avant l'expulsion du second ballon, les bruits du cœur foetal avaient disparu.

Dans l'observation 34 on avait placé un ballon pour placenta praevia; quand il fut expulsé à dilatation de grande paume de main, on s'aperçut de l'existence d'une procidence du cordon qui déjà à ce moment battait très mal; pendant l'extraction de l'enfant, rendue difficile par un spasme du col, les pulsations funiculaires cessaient complètement.

Enfin dans l'observation 59 la mise en place du ballon avait été précédée par des manœuvres de refoulement du cordon prolongées et très difficiles. Après expulsion du ballon, le cordon battait très mal et quoique la version faite immédiatement n'offrît aucune difficulté, on ne parvint pas à ranimer l'enfant.

Il faut donc conclure de l'étude de ces cas que la mise en place d'un ballon en cas de procidence du cordon, par les manœuvres de réduction qu'elle nécessite, et par le danger toujours à redouter d'une compression du cordon par le ballon même, est une intervention très grave pour l'enfant dont elle entraîne souvent la mort «in utero».

Les mêmes considérations doivent s'appliquer aux cas où la VERSION a été PRECEDEE D'ESSAIS DE REFOULEMENT. Nous en comptons deux cas qui, tous les deux, nous ont donné un enfant mort. Une fois (observation 4) la procidence avait été constatée à dilatation de 5 francs. On cherchait à refouler le cordon, mais malgré tous les efforts on ne put y parvenir; comme entretemps la dilatation était devenue rapidement complète, on fit la

version qui, quoique très rapide et facile, ne permit plus de sauver l'enfant compromis par les manœuvres de réduction. Dans l'autre cas (observation 50) il s'agissait d'un placenta praevia et pour cette raison on fit la rupture active de la poche des eaux à dilatation de 1 doigt. A ce moment se produisit une procidence du cordon qu'on refoula; puis on fit la version podalique. Mais après l'abaissement du pied, le cordon était redevenu procident; il ne battait plus que faiblement et le mauvais état général de la mère ne permettait pas de faire un nouvel essai pour sauver la vie de l'enfant.

Nous avons eu 11 fois l'occasion de faire la GRANDE EXTRACTION en cas de présentation du siège. Elle nous a donné 6 enfants vivants, soit une mortalité de 45%. Dans deux de nos échecs (observation 25, 26) l'intervention avait été facile; mais il s'agissait dans ces deux cas d'enfants peu résistants et qu'on ne parvenait pas à ranimer.

Dans le cas No 52 on fit l'extraction à dilatation pratiquement complète; cependant au passage de la tête il se produisit un spasme du col autour du cou de l'enfant qu'on ne put plus retirer vivant quoiqu'on fît rapidement des incisions du col.

C'est encore un spasme du col qui nous coûta l'enfant de l'observation No 66. On avait reconnu la procidence à dilatation de 5 francs, et l'on s'était proposé de dilater le col sous rachi-anesthésie; mais comme la femme était très agitée et indocile, on n'était pas parvenu à faire la ponction lombaire; entretemps la dilatation était devenue pratiquement complète et on décida de faire l'extraction; mais en recherchant la bouche pour exécuter la manœuvre de Mauriceau, on constata que l'orifice du col était fortement resserré autour du cou de l'enfant qu'on n'arrivait pas à dégager.

Dans l'observation 73 enfin l'extraction était très difficile. Le dos de l'enfant s'étant dirigé en arrière, on fut oblige de faire subir à la tête une forte rotation qui ramena la bouche en arrière; l'enfant naquit mourant et à l'autopsie on reconnut l'existence d'une hémorragie cérébrale et médullaire.

Chez 23 de nos malades nous avons pu faire la VERSION sans qu'il fut nécessaire auparavent, ni de procéder à des manœuvres de refoulement, ni de placer un ballon. 6 de ces cas ont abouti à la naissance d'enfants mort-nés ce qui équivaut à une mortalité de 30%.

Dans l'observation No 6 il s'agissait d'un bassin rétréci; le dégagement de la tête fut très difficile et l'enfant mourut quelques

heures après sa naissance. A l'autopsie on constata l'existence d'une hémorragie cérébrale.

Dans le cas No 7 on fit la version à dilatation de petite paume parce que les bruits du cœur devenaient mauvais: les essais d'extraction échouèrent à la suite d'un fort spasme du col qu'on fut impuissant à vaincre, malgré une narcose profonde.

Les enfants des observations 46 et 61 étaient déjà souffrants au moment où l'on posa le diagnostic de procidence et quoique la version fût chaque fois très facile et rapidement exécutée, on ne put ranimer les enfants.

Dans l'observation 49 il s'agissait d'un bassin tellement rétréci que pour pouvoir dégager l'enfant on se vit obligé de faire la perforation de la tête dernière.

Les cas No 67 et 68 présentaient également des bassins rétrécis quoiqu'à un degré moindre. Dans les deux cas le dégagement de la tête foetale était suffisamment laborieux pour causer la mort de l'enfant.

Il nous reste enfin les 10 cas traités par SECTION CESARIENNE basse qui se sont tous terminés par la naissance d'enfants vivants. Il s'agissait dans tous ces cas de présentation céphalique où le diagnostic de la procidence avait été posé à faible dilatation, et ou la co-existence d'un bassin rétréci ou les difficultés éprouvés lors d'un essai de réduction du cordon faisaient craindre la mort de l'enfant si l'on avait voulu terminer à tout prix par la voie vaginale. Il s'agissait donc de cas où la vie foetale paraissait particulièrement menacée et l'absence de toute mortalité infantile prend dans ces conditions sa pleine signification.

Il convient de dire encore un mot des RESULTATS MATERNELS dans les différentes méthodes employées. Ils ont été bons presque toujours. Nous pouvons négliger les cas qui se sont accompagnés de fièvre d'un jour ou de légères endométrites ayant rapidement guéri sans laisser aucune suite ultérieure. Il nous reste alors à enregistrer deux infections puerpérales graves dont l'une s'est malheureusement terminée par la mort de la malade et qui étaient survenues l'une à la suite d'une double version dans un cas de grossesse gémellaire (celle avec issue mortelle), l'autre après version et rétention partielle méconnue du placenta. — Dans les suites des opérations Césariennes nous avons observé deux fois une phlébite dont l'une chez une malade ayant déjà présenté des ulcères variqueux pendant la grossesse et deux fois des abcès de la paroi abdominale. Toutes nos opérées ont quitté la clinique en bonne santé.

Pour terminer nous voudrions ajouter quelques considérations sur l'emploi de la méthode de DELMAS. Deux fois nous avons essayé de l'appliquer; mais dans les deux cas (obs. 66, 75), la ponction lombaire a été impossible par suite de l'agitation de la malade. Pour apprécier cette intervention nous sommes donc obligés de nous rapporter aux résultats donnés à la clinique par son application à d'autres complications obstétricales ainsi qu'à ceux observés à l'Ecole de Sage-Femmes de Strasbourg et qui ont été publiés par GINGLINGER et PINSAN. Nous rapporterons d'abord les cas où le procédé fut appliqué à la procidence du cordon. Dans l'obs. III de leur publication il s'agit d'une primipare à terme chez qui le diagnostic de procidence est porté à col effacé et dilaté à 3 cm. Bassin normal. En 4 minutes on obtient une dilatation de paume de main, les rebords du col qui persistent encore sont bien refoulables, la libre pratique de l'utérus est obtenue. Version podalique, enfant mort. L'examen gynécologique de sortie révèle deux déchirures latérales du col allant jusqu'aux culs de sac vaginaux, sans intéresser ces derniers. — Leur deuxième cas (obs 20) se rapporte à une 7e pare, chez laquelle, après rachi-anesthésie, le col se laisse facilement distendre. La version est très difficile du fait de l'hypertonie utérine. Extraction de l'enfant vivant, mais présentant une parésie de la jambe gauche par étirement du plexus lombaire. Le col présente de chaque côté une déchirure atteignant presque les culs de sac.

De l'étude de ces observations, ainsi que de celle des 19 cas où la méthode fut employée pour des complications autres que la procidence du cordon, et dont l'un s'est terminé par la mort de la femme à la suite d'une rupture du segment inférieur, GINGLINGER et PINSAN tirent les conclusions suivantes: souvent malgré une rachianesthésie parfaitement réussie, la dilatation du col n'est pas possible, surtout chez la primipare et quand le processus physiologique de l'effacement ne s'est pas encore effectué. Quand la dilatation réussit, l'extraction de l'enfant provoque fréquemment des déchirures importantes des parties cervicales de la matrice, déchirures qui souvent atteignent les culs de sac et qui dans un cas particulièrement tragique, ayant causé la mort de la femme, ont intéressé le segment inférieur. D'ailleurs BRINDEAU et FRUHINSHOLZ ont également communiqué des cas de mort par rupture utérine après emploi de la méthode de DELMAS. Si l'on ajoute que la version peut être rendue très difficile à la suite de la contracture des parties corporéales du l'utérus sous l'effet de la rachianesthésie, et qu'enfin, en cas de procidence, le cordon risque d'être traumatisé par les manœuvres de dilatation du col ainsi que cela s'est produit dans l'observation III rapportée ci-dessus, on

voudra convenir que nous ne pouvons guère conseiller l'évacuation extemporance de l'utérus sous rachi-anesthésie, surtout avant l'effacement du col, comme méthode de traitement de la procidence du cordon. Tout au plus la rachi-anesthésie pourra-t-elle en assouplissant les parties basses de l'utérus permettre de parfaire la dilatation chez la multipare à col déjà effacé et largement ouvert; mais dans tous les autres cas son emploi risquerait de causer un désastre non seulement pour l'enfant mais aussi pour la mère.

En envisageant l'ensemble de nos résultats du traitement de la procidence du cordon, voilà les conclusions auxquelles nous sommes amené:

Le FORCEPS et l'EXPRESSION SELON KRISTELLER donnent en général de bons résultats; mais ils ont des indications très limitées. Ils ne son effet applicables qu'à dilatation complète pour la tête déjà arrivée au contact du plancher pelvien au moins solidement fixée dans le bassin. Pour le traitement de ces cas il n'y a d'ailleurs pas d'autre procédé qui pourrait entrer en ligne de compte.

Le REFOULEMENT et la mise en place d'un BALLON sont des méthodes qui compromettent gravement la vie de l'enfant. Toute manœuvre de réduction prolongée traumatise sérieusement le cordon et provoque souvent la souffrance et la mort du foetus in utéro. Pour éviter cette éventualité il vaut mieux, pour peu que la réduction ne se fait pas vite et facilement, avoir recours à d'autres procédés thérapeutiques.

En somme, pour la plupart des cas il n'y a que deux méthodes qui restent en présence pour le traitement de la procidence du cordon: d'une part la VERSION s'il s'agit d'une présentation céphalique ou transverse et l'EXTRACTION en cas de présentation du siège, de l'autre la SECTION CESARIENNE. Quels sont les résultats comparés de ces deux méthodes:

Sur 42 cas traités par la version ou l'extraction, nous avons perdu 17 enfants, soit une mortalité infantile de 40%.

Sur 10 cas traités par section Césarienne aucun enfant n'est mort!

La mortalité maternelle dans la première catégorie est de 1 sur 42, soit 2,4%; une seconde malade présentait une pyémie grave et dont elle ne réchappait que par miracle. Pour la section Césarienne nous trouvons une mortalité maternelle de 0 %. Deux femmes ont eu dans les suites opératoires des abcès de la paroi, deux autres

ont présenté une phlébite des membres inférieurs; mais à aucun moment la vie de ces malades ne paraissait menacée.

Si nous recherchons les causes de la mortalité infantile élevée après emploi des méthodes de version ou d'extraction nous constatons, en faisant abstraction des quelques cas à enfants peu viables ou ayant déjà donné des signes nets de souffrance avant même le début de l'intervention, qu'elle tient à 3 causes principales:

1° Les manœuvres de réduction du cordon ou de mise en place d'un ballon ayant précédé l'intervention.

2° Le spasme du col survenant ou moment de l'extraction.

3° Le dégagement difficile de la tête dernière provoqué par un rétrécissement pelvien.

Quand la procidence du cordon se produit à dilatation peu avancée il est évident que la version ou l'extraction immédiate ne peuvent pas entrer en ligne de compte et pour les rendre possibles il est nécessaire de refouler les anses procidentes et d'introduire un ballon dans l'orifice utérin. Nous avons déjà montré combien ces manipulations sont dangereuses pour la vie de l'enfant surtout si elles sont longues et difficiles et quand la dilatation suffisante est obtenue, souvent l'enfant est déjà mort ou succombe au cours de l'extraction.

D'autres fois les signes de compression du cordon ne commencent à se manifester qu'à dilatation très avancée, grande paume de main ou pratiquement complète, c'est-à-dire quand il ne persiste plus qu'un étroit rebord du col tout autour de la présentation. Tenaillé par la crainte de voir succomber l'enfant et espérant que la petite collerette cervicale ne saurait apporter une gêne notable à l'extraction de l'enfant on a, en de nombreux cas, fait la version et l'extraction dans ces conditions; mais très souvent au cours de l'intervention la dilatation incomplète dont on avait cru pouvoir faire abstraction est intervenue de la façon la plus redoutable: un spasme de l'orifice utérin s'est produit autour de tronc ou du cou de l'enfant qui dans presque tous ces cas est né mort ou en asphyxie irréductible.

Enfin dans un dernier ordre de faits la version ou l'extraction sont bien réalisées à dilatation complète, mais l'accoucheur, uniquement préoccupé de la procidence du cordon et de son traitement, omet de tenir compte de l'état du bassin et, en cas de rétrécissement si fréquemment associé à la procidence, au moment de vouloir dégager la tête il rencontrera les plus grandes difficultés. La disproportion ne sera pas toujours aussi considérable que dans notre cas No 49 où pour extraire l'enfant on fut obligé de perforer la tête dernière; mais très souvent on sera obligé d'exercer

une traction tellement violente qu'on sortira un enfant moribond qui succombera tout de suite ou au bout de quelques heures à une fracture de la colonne cervicale ou à une de ces hémorragies cérébrales ou médullaires dont PIGEAUD et WAITZ nous ont donné une étude approfondie.

Dans tous ces cas que nous venons d'énumérer: procidence à dilatation petite ou incomplète, ou associée à une viciation pelvienne la version et l'extraction comportent donc les plus grands risques pour la vie fœtale et vouloir s'obstenir à la faire dans ces conditions, c'est s'exposer à perdre un nombre considérable d'enfants.

Depuis de longues années des sections césariennes ont été faites pour des cas de procidence du cordon associée à d'autres complications obstétricales et notamment au bassin rétréci. PEKARSKAJA en rapporte un cas qui remonte à 1907. Dans les dernières années les communications de procidences traitées par césarienne sont devenues de plus en plus nombreuses; mais à la lecture de ces publications on a souvent l'impression que les auteurs se sont laissés guider par une impulsion momentanée et qu'ils sont les premiers surpris d'avoir osé pratiquer cette intervention. Nous croyons au contraire que pour tous les cas où la version et l'extraction comporte un danger grave pour la vie de l'enfant c'est systématiquement qu'on devra avoir recours sauf contre-indications spéciales et auxquelles nous reviendrons encore à la section césarienne.

Elle sera également la méthode de choix pour le traitement des cas de placenta praevia associé à la procidence. Depuis plusieurs années déjà nous la faisons régulièrement à la Clinique pour tous les cas de placenta praevia à moins que la rupture des membranes n'amène l'arrêt de l'hémorrhagie. Mais si au moment où l'on rompt les membranes on constate une procidence du cordon, il est évident que l'on ne pourra sauvegarder la vie de l'enfant qu'en terminant rapidement par la voie haute, car toutes les autres méthodes entrant en ligne de compte (ballon, version selon BRAXTON-HICKS) sont meurtrières pour l'enfant et leur emploi nous a donné une mortalité fœtale de 100% dans les trois cas de procidence, associée à un placenta praevia que comporte notre statistique.

Il va sans dire que cet élargissement des indications de la Césarienne dans l'intérêt de la vie de l'enfant nous impose le devoir impérieux de l'exécuter dans les meilleurs conditions possibles afin de ne pas aboutir à l'amélioration des résultats pour l'enfant aux dépens d'une augmentation de la mortalité maternelle.

La section césarienne est une intervention qui doit être strictement réservée, il est à peine besoin de le dire, au milieu hospitalier et seul les cas de procidence qui se produisent à la clinique même pourront en bénéficier; si l'on voulait adresser à l'Hôpital les procidences qui sont survenues au dehors on risquerait de voir succomber la plupart des enfants pendant le transport et pour ces cas le médecin en sera réduit à employer les méthodes du traitement classique. *) — C'est là une raison de plus pour adresser d'emblée et avant que ne soient survenues des complications à un Service hospitalier tous les cas d'accouchements où l'existence d'un bassin rétréci ou tout autre raison feront prévoir l'apparition possible de difficultés graves au cours du Travail.

Naturellement on ne fera la section césarienne que si l'on peut s'attendre à obtenir un enfant bien viable. Toutes les fois où, au moment du diagnostic, il existe déjà des signes de souffrance foetale manifeste et avancée cette intervention ne sera plus faite. On en exclura aussi tous les enfants nettement avant terme et dont la faible viabilité ne justifie pas cette intervention toujours sérieuse. Enfin toutes les causes réduisant la résistance organique de la mère (cardiopathie, nephrite grave, infection utérine manifeste, spécificité floride, etc.) sont des contre-indications formelles à l'intervention pour indication foetale.

La seule méthode opératoire employée à la Clinique est la section césarienne *basse* dont SCHICKELE s'était fait le protagoniste en France et qui est particulièrement indiquée pour les cas de procidence qui par définition ne sont jamais des cas purs, le cordon procident ayant toujours été en contact avec des milieux plus ou moins infectés. Les avantages de la césarienne basse sont considérables: faite sur une région dont le péritoine est décollable, elle permet une péritonisation parfaite de la suture des plans musculaires qui se trouve ainsi isolée de la grande cavité péritonéale. Cette suture est placée à une partie qui ne subit que relativement peu de remaniements au cours de l'involution puerpérale; aussi se trouve-t-elle eu d'excellentes conditions de guérison et de consolidation et elle résistera pour cette raison beaucoup mieux à l'infection que celle de la section césarienne corporéale, et beaucoup de cas pour lesquels la césarienne haute n'aurait plus été réalisable à cause du danger d'infection ont été traités avec bon succès par la

*) A la Clinique une précaution indispensable pour éviter la souffrance fœtale consiste à faire refouler par un aide la tête de l'enfant pendant tout le temps qu'exige la préparation de la Salle d'Opération et des opérateurs.

césarienne basse. En outre la cicatrice dans la partie inférieure de la matrice est plus solide que celle après section classique et les cas publiés de rupture utérine survenue lors d'une nouvelle grossesse après section césarienne basse sont rares.

On nous objectera que la section césarienne comporte une plus grande mortalité maternelle que les méthodes vaginales. Les constatations que nous avons fait sur notre matériel ne nous permettent pas d'admettre cet avis car tous nos cas se sont terminés par un résultat favorable pour la mère et l'enfant. Il est vrai que nous ne disposons que de 10 cas de procidence traités par la césarienne. Mais dans une étude critique des cas mortels après césarienne basse observés à la Clinique depuis 1908 KREIS put montrer que la série des derniers 80 cas était restée sans aucune mortalité maternelle. D'autres cliniques ont publié des résultats tout aussi favorables et DOERFFLER donne une statistique portant sur 418 césariennes et comportant une mortalité maternelle globale de 0.75%.

Il est évident que l'intervention ne donnera d'aussi bons résultats qu'entre les mains d'un opérateur expérimenté et la statistique générale des Césariennes faites en Allemagne pendant l'année 1928 établie par WINTER et comprenant les cas opérés par n'importe quel accoucheur ou chirurgien est là, avec sa mortalité de 7,2% pour montrer le danger que comporte l'opération si elle est faite en de mauvaises conditions. La plus élémentaire honnêteté professionnelle exige donc de n'aborder cette intervention que si l'on dispose de l'expérience personnelle suffisante et si les conditions extérieures sont favorables.

D'ailleurs nous sommes loin de vouloir nier que la section césarienne, comme toute autre laparatomie comporte une certaine proportion de dangers inévitables et si, avec des indications bien posées et une intervention correctement conduite, nous pouvons éviter presqu'à coup sûr la mortalité par infection ou par choc opératoire, nous sommes par contre toujours à la merci d'une embolie ou de complications résultant de la narcose resp. de la rachianesthésie. Mais nous ne devons pas oublier que les interventions vaginales aussi comportent des dangers graves et d'après notre matériel, tout en étant meurtrières pour l'enfant, elles menacent bien plus que la césarienne la vie et la santé de la mère. Aussi sommes-nous convaincu que par un emploi judicieux de la section césarienne nous sauverons de nombreux enfants qui autrement auraient été perdus, sans exposer la mère à un plus grand danger.

Dans des publications retentissantes et qui ont donné lieu à des discussions passionnées HIRSCH à conseillé d'abandonner pour toutes les interventions obstétricales la voie basse et d'avoir recours uniquement à la section césarienne. Cette conception nous paraît comporter une exagération manifeste et nous sommes convaincu qu'on a grand avantage à terminer par la voie vaginale tout accouchement où on peut le faire avec l'espoir d'un bon résultat pour la mère et l'enfant. Mais si cette voie comporte des dangers sérieux, que ce soit pour la mère ou pour l'enfant on ne devra pas hésiter à recourir à la section césarienne. — Tout chacun au bout d'un temps plus ou moins prolongé arrivera à faire correctement une version et même à exécuter en de bonnes conditions une section césarienne; mais là n'est que la partie technique de notre profession. *L'art* de l'accoucheur est ailleurs, il est plus haut: il consiste à choisir après un examen minutieusement conduit et un raisonnement serré tenant compte des données particulières à chaque cas, les méthodes thérapeutiques qui permettront de terminer l'accouchement dans les meilleurs conditions et pour la mère et pour l'enfant.

CONCLUSIONS.

I. La procidence du cordon ombilical est une des complications les plus graves de l'accouchement pour la vie de l'enfant.

Notre statistique, portant sur 12 763 accouchements et donnant 1 procidence sur 160 accouchements, indique une mortalité foetale de 48,7% pour l'ensemble des 80 cas observés et de 39,7% si l'on ne tient compte que des 68 enfants qui étaient encore vivants au moment de l'admission au Service.

II. Les 58 cas de procidence du cordon traités par les méthodes vaginales donnent une mortalité maternelle de 1,7% et une mortalité infantile de 46,5%.

Les 10 cas de procidence du cordon traités par la section Césarienne basse, donnent une mortalité maternelle et infantile de 0 %.

III. Pour obtenir de meilleurs résultats dans le traitement de la procidence du cordon, il paraît indispensable d'élargir les indications de la section Césarienne basse. Si en présence d'un bassin normal et à dilatation avancée on peut obtenir, notamment chez la multipare, des résultats favorables par voie vaginale, les cas de procidence où le cordon est comprime dès le début de la période de dilatation et ceux qui sont compliqué de rétrécissement pelviens seront, sauf contre indication spéciale (faible viabilité de l'enfant, mauvais état général de la mère) justiciables de la voie haute.

IV. L'association de placenta praevia et de procidence du cordon donne une indication formelle pour pratiquer la section Césarienne.

V. La rachi-ansthésie, tout en provoquant une contracture des parties corporéales de l'utérus, assouplit incotestablement sès parties basses. Dans certains cas à col effacé et déjà largement

ouvert, elle permettra de parfaire la dilatation et de terminer rapidement l'accouchement. — Par contre l'évacuation extemporanée de l'utérus sous anesthésie rachidienne au *début* du travail (méthode de Delmas) comporte de tels risques, quand elle n'échoue pas complètement, que nous ne pouvons pas la considérer comme un procédé recommandable pour le traitement de la procidence du cordon.

VI. La rupture de la poche des eaux à petite dilatation telle qu'elle est pratiquée systématiquement à la clinique obstétricale de Strasbourg depuis 1927 non seulement n'a pas augmenté le nombre des procidences du cordon observées, mais elle semble même constituer en certains cas un traitement prophylactique de cette complication.

Vu:
Le Doyen de la Faculté de Médecine:
Pr. MERKLEN.

Vu:
Le Président de Thèse:
REEB.

Vu et permis d'imprimer
Strasbourg, le 17 novembre 1931

Le Recteur
Président du Conseil de l'Université:
DRESCH

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abréviations adoptées pour la nomenclature des Périodiques.

Arch. Gyn.	Archiv für Gynäkologie
Arch. Mens. Obs. Gyn.	Archives Mensuels d'Obstétrique et de Gynécologie
Bull. Soc. Gyn.	Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique
D. m. W.	Deutsche medizinische Wochenschrift
Gyn. Obs.	Gynécologie et Obstétrique
Jour. Obs. Brit. Emp.	The journal of Obstetrics and Gynecologia of the British Empire.
M. K.	Medizinische Klinik
M. m. W.	Münchener medizinische Wochenschrit
Mon. Gebh. Gyn.	Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie
Rev. Fr. Gyn. Obs.	Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique
Surg. Gyn. Obs.	Surgery Gynecologia and Obstetrics
Zbl. Gyn.	Zentralblatt für Gynäkologie.

I. TRAITÉS D'OBSTÉTRIQUE.

BAISCH K. : Pathologie der Geburt in « Döderlein Handbuch der Geburtshilfe ».

BRINDEAU : La Pratique de l'Art des Accouchements, Paris 1927, Vigot frères.

BUDIN-DEMELIN : Manuel pratique d'Accouchements et d'Allaitement, Paris 1904, Octave Doin.

BUMM E. : Grundriss zum Studium der Geburtshilfe, Wiesbaden. Verlag von I. F. Bergmann.

De LEE : The principles and practise of Obstetrics, W. B. Saunders Company, Philadelphia and London 1918

DEMELIN-DEVRAIGNE : Manuel de l'accoucheur, Octave Doin, Paris 1924.

DOEDERLEIN A. : Handbuch der Geburtshilfe, Verlag I. F. Bergmann, Wiesbaden und München, 1920.

FABRE : Précis d'Obstrétrique, Baillière et Fils, Paris 1922.

HALBAN-SEITZ : Biologie und Pathologie des Weibes. — Urban und Schwartzenberg, Berlin, Wien, 1928.

MARTIUS H.: Die regelwidrige Geburt des Kindes in «Halban-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes»

METZGER Marcel: L'accoucheur moderne, Félix Alcan, Paris 1928.

RIBEMONT-DESSAIGNES-LEPAGE: Traité d'Obstétrique, Masson & Cie., Paris 1923.

II. ARTICLES, THÈSES, COMMUNICATIONS *etc.*

ABEL A.: Neue Wege in der Geburtshilfe, M. K. 1931, No. 28, page 1021—1024.

ALBRECHT Hans: Fehlschlüsse bei Verallgemeinerung der Indikation zum Kaiserschnitt, M. m. W. tome LXXVI No 20, 1929.

ANDERODIAS I.: L'opération Césarienne basse, ses indications, ses résultats. Gazette des Sciences médicales de Bordeaux, 1928 No 16.

AUDEBERT & ESTIENNY: Section Césarienne pour procidence du cordon, Bull. Soc. Gyn. 1929, page 663.

BALARD Paul: Sur la persistance de la vie de l'enfant dans des cas de cordon procident dépourvu de battements. Arch. mens. Obs. Gyn. Mai 1919, page 245.

BERGMANN Samuel E.: Contribution à l'étude des cas de procidence du cordon sans battements, les bruits du cœur étant au non perceptibles, et qui donnent naissance à des enfants vivants. — Gyn. Obs. 1920 II. pages 247—257.

BRANDIS E.: Ueber Nabelschnurvorfall, Mon. Gebh. Gyn. tome LXXXII. No 3. 1929.

CATTANEO L.: Sopra un caso di prolasso del funicolo non piu pulsante et contemporaneo mancate percecione del battito cardiaco fetale con nascito di un bambino vivo. Folia gynecologica XIX, page 161.

COUVELAIRE A.: Indications de l'opération Césarienne conservatrice par voie abdominale en dehors des rétrécissements du bassin. — Rapport au Congrès des Gynécologues de Langue française, 1921. Gyn. Obs. tome IV. 1921 No 4.

De LEE: The Lower Uterin Segment Cesarien Section Operation, Coombe Centenary Congr. Report Septembre 1926.

DELMAS P.: Evacution extemporanée de l'utérus en fin de grossesse. Bull. Soc. Obs. Gyn. tome XVII. 1928, pages 413—422.

DOERFFLER: Ueber den Kaiserschnitt zur aseptischen Geburt, Munchen 1929, Lehmann's Verlag.

GABASTOU Juan A.: La mort du fœtus dans la procidence du cordon. Revista Argentina de obstetricia y gynecologia Janv./Févr. 1924.

GINGLINGER & PINSAN: Au sujet de la dilatation du col de l'utérus en fin de grossesse sous rachi-anesthésie. Gyn. Obs. tome XXII, No 4, octobre 1930.

GOARNISSON Jean: De la procidence du cordon ombilical. Thèse de Montpellier 1924.

GOERGE : Ueber die Reposition der vorgefallenen Nabelschnur. — Inaug.-Diss. Marburg 1920

GUÉNIOT P.· Section Césarienne basse supra-symphysaire pratiquée avec succès pour une procidence du cordon hors de la vulve, durant depuis 5 heures. Bull. Soc. Gyn. Obs. 1930, page 222.

HAGENMULLER G. : De la procidence du cordon ombilical. Thèse de Strasbourg, 1922.

HENROTAY J. : Des indications des hystérotomies abdominales pendant le Travail en dehors des angusties pelviennes. Rapport au Congrès des Gynécologues de Langue française 1921, Gyn. Obs. tome IV. 1921, No 4.

HESSLER A. : Uebersicht über 113 Kaiserschnitte an der Geburtshilflichen Abteilung der zweiten Münchener Frauenklinik in der Zeit vom 1. Januar 1926 zum 6. Juni 1928. M. m. W. tome LXXVI. No 9. 1929.

HIRSCH Max : Der Weg der operativen Geburtshilfe. Arch. Gyn. 91 No 3.

— Die Bekämpfung der Kindersterblichkeit bei der Geburt durch Neuordnung der Geburtshilfe. D. m. W. 1929, No 4.

— Die statistischen Erhebungen Winters zur Frage der geburtshilflichen Neuordnung. D. m. W. 1930, No 18.

HORNUNG R. : Die Stellung des Kaiserschnittes in der modernen Geburtshhilfe. M. m. W. tome LXXVI. No 38, 1929.

KIELINGER I. : Behandlung des Nabelschnurvorfalls bei Schädellage Inaug.-Diss. Kœnigsberg 1923.

KREIS J. : Indications et importance de la rupture artificielle précoce des membranes sans égard pour la dilatation de l'orifice dans les cas de tête mobile. Bull. Soc. Obs. Gyn. 1925. No 2.

— Enseignements tirés d'une analyse des cas mortels après Césarienne basse conservatrice. Gyn. Obs. tome XXIII, No, 5, Mai 1931.

— Résultats de l'Accouchement Médical en 1930. Gyn. Obs. tome XXIV, No 1, Juillet 1931.

KYNOCH J. A.: Cesarean section for Labour complicated with prolaspse of the cord. Jour. Obs. Brit. Emp. 1926, page 79.

LAFFONT, HOUËL & JAHIER : A propos de quelques cas de procidence du cordon. Bull. Soc. Obs. Gyn. 1927, pages 642, 643.

LA HAYE P., Influence de la rupture artificielle de la poche des eaux sur l'évolution de l'Accouchement. Rev. fr. Gyn. Obs. Novembre 1930.

LANDAU A. : Ueber Nabelschnurvorfall. Inaug.-Diss. Breslau 1920.

LEPAGE : Sectio caesarea wegen Nabelschnurvorfalls. Zbl. Gyn. 1910, page 86.

LINDAHL G. : Vaehaen Eteisestae ja esi inpudonncestae napavarresta (Procubitus et procidence du cordon) Helsingfors Duodecim 1921, No 5, 6.

MESZAROS Gabor : Sur la procidence du cordon, Budapest Orvosi Hetilap 1926, No 36. page 979.

MEYER F. : Ueber Nabelschnurvorfall nach dem Material der Kieler Frauenklinik, aus den Jahren 1910—1921. Inaug.-Diss. Kiel 1922,

MONASH D. : A. Hydrostatic Repositor for prolapse ob the Umbilical cord. Surg. Gyn. Obs. 1924, page 106.

NEVEU : Procidence du cordon et Opération Césarienne. Jahresberichte Franz und Veit 1910, page 695.

PEKARSKAJA A. P. : Ein Fall eines Kaiserschnittes bei Nabelschnurvorfall. Zbl. Gyn. 1907, page 119.

POUGET et HOUEL : Persistance de la vie de l'enfant après disparition des bruits du coeur et des battements funiculaires au cours du Travail. Bull Soc. Gyn. Obs. 1922, No 3. page 167

RABENSCHLAGER R. : Kaiserschnitt bei Nabelschnurvorfall. Inaug.-Diss. Bonn 1920.

RUIZ-CONTRERAS J. M. : Rollenmethode zur Vermeidung der Kompression der vorfallenden Nabelschnur. Zbl. Gyn. L No 37, 1926. page 2377.

SCHICKELE G : Les indications de la section Césarienne basse. Congrès des Gynécologues de Langue Française 1921. Gyn. Obs. tome IV, 1921, page 524.

SCHWEITZER B. : Ueber Nabelschnurvorfall und seine Behandlung. M. m. W. 1922, No 3.

SELLHEIM H. : Neuorientierung oder besonnene Etnwicklung der Geburtshilfe. Zbl. Gyn 1929, No 18.

SICHEL Max : Die Behandlung des Nabelschnurvorfalls. Inaug.-Diss. Frankfurt 1921.

SIIRALA Martii : Traitement de la procidence du cordon et ses résultats Helsingfors Duodecim tome XLIII. Vol. 12, 1927.

VALOIS Léon : Procidence du cordon et opération Césarienne. — Bull. Soc. Obs. Gyn. 1925. pages 591—593.

VOGEL J. : Geburtshilfliche Operationen und Totgeburten. Arch. Gyn. CXXXIX 1930, pages 100—106

VOITURIEZ : De la procidence du cordon. Journal des Sciences médicales de Lille, 9 Novembre 1919.

WAITZ Rob. : Les lésions cérébro-méningées à la naissance. G. Dom. Paris 1931.

WINTER : Die neue operative Geburtshilfe nach Max Hirsch. Zbl. Gyn. 18, No 1.

— Die allgemeine deutsche Kaiserschnittstatistik 1928. Zbl. Gyn 1929. No 30.

— Bemerkung zur Arbeit von Hirsch : Ueber die statistischen Erhebungen Winters D. m. W. 1930, No 18.

ZANGENMEISTER W. : Die manuelle Reposition der vorgefallenen Nabelschnur. M. m. W 1920, page 1375.